

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

N°

THÈSE 878

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Prosper-François HUSSET

né le 26 mars 1909 à Avallon (Yonne)

Etude des principaux facteurs du diagnostic clinique

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1937

1884

1884

1884

1884

1884

1884

1884

1884

1884

1884

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Prosper-François HUSSET

né le 26 mars 1909 à Avallon (Yonne)

Etude des principaux facteurs du diagnostic clinique

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1937

LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.	LELONG	Pathol. expérimentale
Istin BESANÇON	Hydrologie.	LEMAIRE	Pathologie chirurgic.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pharmacologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	MM J. LEVY	Neurol. et Psychiatrie
BULLIARD	Histologie.	LEVY-VALENSI	Pathologie chirurgic.
CATHALA	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie chirurgic.
DOGNON	Physique.	MOULONGUET	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOUQUIN	Anat. pathologique.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	OBERLING	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.	PETIT-DUTAILLIS	Médecine légale.
GASTINEL	Bactériologie.	PIEDELIEVRE	Obstétrique.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.	PORTES	Ophthalmologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	RENARD	Physiologie.
GAYET	Physiologie.	RICHET	Chimie biologique.
GIROUD	Histologie.	SANNIE	Pathologie chirurgic.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	SENEQUE	Pathol. expérimentale
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.	TROISIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.	TURPIN	Obstétrique.
HUGUENIN	Anat. pathologique.	VIGNES	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.	WILMOTH	Pathol chirurgic.
LACOMME	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Physiologie.	LEROUX	Anat. pathologique.
BUSQUET	Pathologie chirurgic.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Pharmacologie.	PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.	BASSET	Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		BROCC	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		HEITZ-BOYER	
DUVOIR	Clinique médicale.	MOURE	Clinique Chirurgicale.
LIAN		QUENU	
PASTEUR-VALLERY-RADOT		SCHWARTZ	
SEZARY		VELTER	
		ECALLE	Clinique obstétricale.
		LE LORIER	
		METZGER	
		GUENIOT	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

*Témoignage d'affection et de reconnaissance
pour tout ce que je leur dois.*

A MA SOEUR

A MES CAMARADES D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON

Professeur de Clinique de la Tuberculose
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Laënnec

qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse,
*hommage de reconnaissance et de profond
respect.*

A NOS MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR F. BEZANÇON (1927)

Professeur de Clinique Médicale
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

M. LE PROFESSEUR LEJARS (*in memoriam*) (1928)

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

M. LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND (1928)

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

M. LE DOCTEUR LAPOINTE (*in memoriam*) (1929)

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

M. LE DOCTEUR COMTE (1929)

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

M. LE DOCTEUR DUJARIER (*in memoriam*) (1930)

Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut

M. LE DOCTEUR MAURICE DEBRAY (1931)

Médecin de l'Hôpital Cochin

M. LE PROFESSEUR CHARLES LAUBRY (1932)

Médecin de l'Hôpital Broussais

M. LE DOCTEUR CHARLES FLANDIN (1933)

Médecin de l'Hôpital Bichat

P R É F A C E

L'exactitude et la précocité du Diagnostic constituent deux conditions fondamentales d'une thérapeutique efficace et quelques exemples pris au hasard permettent d'en apprécier toute la valeur. Il arrive parfois que le phtysiologue soit amené à constater qu'un tuberculeux a été trop longtemps soigné pour une « bronchite chronique » et que le diagnostic tardif de tuberculose ne laisse plus place qu'à une thérapeutique symptomatique ou rend dubitative la réussite d'un pneumothorax. De même en chirurgie d'urgence, l'opérateur regrette parfois qu'un retard de quelques heures dans l'intervention vienne grèver lourdement la mortalité opératoire. Car là encore, ce qui importe, c'est de faire un diagnostic précoce.

Les statistiques constituent un éloquent plaidoyer en faveur de l'intervention immédiate comme le prouvent par exemple les statistiques de Broca concernant la mortalité au cours de l'invagination intestinale : opérés avant la 20^e heure : 17 cas, 15 guérisons ; opérés après la 20^e heure : 30 cas, 3 guérisons. Parfois, enfin, le chirurgien regrette que le Diagnostic tardif d'un néoplasme l'oblige à une intervention mutilante, bien qu'aléatoire dans ses résultats, alors qu'un Diagnostic précoce aurait permis une intervention facile et fourni au malade le maximum de chances de survie.

L'exactitude et la précocité du Diagnostic prennent une importance d'autant plus considérable que les problèmes qu'elles soulèvent se posent à l'occasion de chaque malade et dans quelque domaine que ce soit de l'activité médicale. Que l'affection soit médicale, chirurgicale, obstétricale ou autre, les bases, les étapes analytique et synthé-

tique du Diagnostic sont les mêmes. Chez tous les sujets, la technique est identique : interrogatoire, antécédents, examen complet, discussion du Diagnostic. Dire au malade qu'il est atteint d'une maladie déterminée, c'est, dans l'esprit du praticien, avoir éliminé toute autre affection susceptible de simuler ce diagnostic ; c'est rattacher le cas du malade à une entité morbide définie comportant des sanctions pronostiques et thérapeutiques également bien déterminées.

Aussi l'élaboration du Diagnostic constitue-t-elle la préoccupation constante du médecin. Le développement pris par certains moyens d'investigation, l'apparition de nouveaux procédés, l'impossibilité pour le médecin de tout connaître, l'insuffisance des moyens dont il dispose parfois pour étayer son diagnostic viennent encore en augmenter la difficulté. C'est par le praticien d'abord que passent les malades justiciables du chirurgien ou du spécialiste ; c'est de la valeur de son diagnostic que dépendront pour une grande part la réussite du traitement et l'avenir du malade. Le fait de soigner une hématomérose par le repos et les hémostatiques habituels constitue une thérapeutique nécessaire — mais seulement symptomatique. Elle doit être complétée rapidement par un examen complet du malade pour en déceler la cause, et en particulier par un examen radiologique. Car cette hématomérose constituait peut-être le signe d'alarme d'un néoplasme à son début, jusqu'alors latent ou masqué sous une symptomatologie fruste. Le praticien doit donc tout mettre en œuvre pour en connaître la cause et ne pas risquer d'apprendre quelques mois plus tard que son malade était alors porteur d'un néoplasme devenu depuis inopérable.

Aussi est-ce à l'intention du praticien que nous désirerions rappeler les différents facteurs qui interviennent dans l'élaboration du Diagnostic, chercher à en étudier le mécanisme, afin de permettre au malade d'utiliser au maximum les ressources de la thérapeutique.

Loin de nous l'idée de présenter au lecteur un travail

original, ou encore une étude complète sur le Diagnostic. Nous avons seulement cherché à mettre en relief l'importance de certains de ses éléments, à étudier quelques-uns de ses multiples aspects, à insister sur les conséquences possibles d'un oubli, et surtout à éviter l'erreur.

Nous avons cherché à suivre les étapes que le médecin accomplit depuis le moment où le client pénètre dans son cabinet jusqu'à celui de l'institution du traitement qui n'est que la conséquence du Diagnostic.

Il est curieux de constater qu'au cours de l'élaboration du Diagnostic, le fait de brûler une étape qui peut paraître inutile peut être à l'origine de l'erreur, ou que le diagnostic auquel on ne pense quelquefois pas est le diagnostic dit « évident » (P) Et cette constatation, à elle seule, justifierait s'il en était besoin la nécessité d'une méthode rigoureuse et systématique.

Mis à part la bibliographie dont on trouvera la liste à la fin de cette thèse, ce travail est personnel. Aussi le lecteur ne s'étonnera-t-il pas que nous fassions appel à son indulgence et M. le Professeur Bezançon nous permettra de le remercier ici d'avoir bien voulu accepter de présider la thèse d'un de ses anciens élèves.

CHAPITRE PREMIER

LE DIAGNOSTIC. SA DÉFINITION

Le Diagnostic (de διαγνώσις : discernement : διὰ à travers, γινῶναι connaître), consiste à définir nosologiquement la maladie en la distinguant de celles qui peuvent la simuler. Donc, faire un diagnostic, c'est faire entrer le cas particulier d'un malade dans une entité morbide bien définie qui permette d'en fixer les caractères cliniques, souvent anatomiques et étiologiques, l'évolution ultérieure ainsi que la thérapeutique efficace à lui opposer.

L'élaboration du Diagnostic admet donc l'existence d'entités morbides définies, et nous verrons plus loin que la classification des maladies n'a pas été sans subir de profondes modifications au cours de l'histoire de la médecine, et qu'aujourd'hui encore certaines affections qui paraissaient bien définies se démembrèrent en cadres nouveaux alors que certaines autres se constituent grâce à l'apport d'éléments jusqu'alors inconnus.

Le Diagnostic comprend deux parties bien distinctes : l'une consiste à étudier et à rechercher les caractères ou signes des maladies, l'autre à les apprécier à leur juste valeur et à en tirer les inductions légitimes sur lesquelles doit reposer l'application de la thérapeutique.

Le Diagnostic ainsi compris est une double opération matérielle et intellectuelle dont le résultat dépend de l'observateur. C'est une enquête qui pour conduire à la découverte de la vérité exige une grande habitude de l'examen des malades, un jugement sain et une méthode rigoureuse.

En somme, « le diagnostic n'est pas autre chose que

le jugement porté par le médecin sur la nature d'une maladie » (Larousse). Nous avons eu l'occasion au cours d'un remplacement d'examiner un malade dont l'observation, pour banale qu'elle soit, nous a semblé intéressante à rapporter ici.

En août 1934, aux environs de V... (Indre) nous fûmes appelé auprès d'un malade dont voici brièvement l'histoire. Le début de ses troubles remontait à 18 mois. A ce moment, le sujet qui avait toujours jusque-là paru bien portant, présenta un épisode pulmonaire aigu intitulé bronchite et caractérisé fonctionnellement par une toux ramenant une expectoration muco-purulente banale. Fait important, le malade présenta à cette époque une hémoptysie sans qu'il fût pratiqué d'examen radiologique ou bactériologique. Son état général jusque-là bon commença à décliner : T° à 37°5 38 le soir, sueurs nocturnes, léger fléchissement du poids ; puis, sous l'action d'une thérapeutique symptomatique, son état s'améliora et deux mois plus tard, le malade avait pu reprendre ses occupations antérieures. Au cours des dix-huit mois qui s'écoulèrent entre le début de ses troubles et le moment où nous fûmes amené à l'examiner, l'affection évolua avec des alternatives variables : persistance de l'expectoration, apparition de deux nouvelles hémoptysies, et surtout, altération de l'état général avec chute du poids malgré quelques stabilisations temporaires. Au moment de l'examen, nous nous trouvâmes en présence d'un malade au faciès anxieux, à la respiration dyspnéique. Il était secoué de violentes quintes de toux qui ramenaient une expectoration purulente abondante, parfois striée de sang. Sa température qui atteignait 40° tous les soirs était à 37° tous les matins et le malade constamment couvert de sueurs. L'amaigrissement massif de ces dernières semaines avait laissé le malade squelettique. Les signes physiques montrèrent l'existence d'un Tuberculose pulmonaire bilatérale dont l'évolution rapide ne laissait aucun doute sur sa terminaison fatale. Nous apprîmes par ailleurs qu'il avait pratiqué trois mois plus tôt un examen

bactériologique qui avait montré la présence de B.K. + + + , et la famille nous montra une radiographie (la première qui eût été prise), qui datait de la même époque. Elle montrait l'existence d'une tuberculose pulmonaire bilatérale avec nombreux foyers d'opacification parenchymateuse, et la présence d'une cavité du sommet droit. C'est à cette époque que fut tenté un pneumothorax (psychologique, m'apprit le médecin que je remplaçais) qui échoua, entre autres facteurs par suite d'adhérences pleurales. Il avait également été tenté un traitement par les sels d'or (injections intraveineuses de Crisalbine) qu'il fallut interrompre à la suite d'accidents cutanés. Le caractère rapidement évolutif des lésions ne laissait plus place qu'à une thérapeutique symptomatique et rapidement, l'usage de la morphine devint une nécessité impérieuse. Nous apprîmes ultérieurement que le malade était mort un mois et demi après notre départ.

Cette observation n'était que l'image trop fréquente d'une tuberculose pulmonaire bilatérale arrivée à sa phase terminale. Mais c'est à cette occasion que nous fûmes amené à nous poser les questions suivantes :

— A quelle date avait été porté le diagnostic de tuberculose ?

— Dans la mesure où il était possible d'y répondre, le diagnostic de l'affection n'aurait-il pu être porté plus tôt ?

— L'évolution s'en serait-elle trouvée modifiée ?

— Quelles conclusions était-il possible d'en tirer pour l'avenir ?

La réponse à la première question est assez facile. Il fut possible de faire préciser par la famille que le diagnostic n'avait été envisagé que trois mois auparavant, soit quinze mois depuis le début de l'affection. L'absence de tout examen radiologique ou bactériologique antérieur, de même que la pratique de ces examens à partir de cette date vinrent confirmer les dires de la famille.

La réponse à la deuxième question est délicate, car s'il était possible d'interroger le malade et la famille, on ne

pouvait savoir les résultats qu'aurait fourni l'examen physique pratiqué à cette époque. Il faut de plus tenir compte du fait que certains symptômes qui prirent toute leur importance en raison de l'évolution ultérieure avaient pu passer inaperçus à cette époque. Cependant, deux faits restaient acquis :

— L'existence d'une hémoptysie avec altération de l'état général dès le début de l'affection.

— L'absence à cette date de tout examen bactériologique ou radiologique.

Or il est aujourd'hui un fait bien acquis et devenu presque classique : la constatation d'une hémoptysie implique, après cessation de l'hémorragie et repos temporaire un examen clinique attentif et des examens complémentaires (crachats, radio) pour en déceler la cause.

Car si la constatation de la toux et de l'expectoration est insuffisante pour éveiller l'attention, à elle seule, sur la tuberculose en raison de leur banalité, l'apparition d'une hémoptysie constitue un signe d'alarme qu'il ne faut pas laisser passer.

Or dans l'observation précédemment résumée, l'axiome hémoptysie = radio + recherche de B.K. n'a pas été observé.

Certes il est impossible de prévoir les résultats qu'auraient donnés les examens pratiqués à cette époque, mais il est incontestable qu'avant la date où ces examens ont été recherchés, le malade était déjà un bacillaire, et que les lésions constatées au premier examen ne se sont pas constituées en un jour.

En ce qui concerne la troisième question, il faut reconnaître qu'il est impossible d'y répondre. D'abord, par l'ignorance des signes physiques qui auraient pu être constatés au début. Ensuite, parce qu'il serait d'un optimisme exagéré de croire que toutes les tuberculoses décelées au début pourraient être guéries, d'autant plus que dans le cas envisagé, l'évolution revêtait une allure particulièrement sévère.

Par contre, en ce qui concerne la quatrième question, il demeure hors de doute que dans la grande majorité des cas analogues, un diagnostic précoce aurait peut-être pu permettre au malade de bénéficier d'un traitement par le pneumothorax, surtout si les lésions étaient unilatérales au début, ou tout au moins de profiter dans les meilleures conditions d'une cure sanatoriale.

Au contraire, le diagnostic porté après quinze mois d'évolution ne laissait à une thérapeutique curative que bien peu de chances de succès.

Certes, les cas où ces examens complémentaires, mais combien nécessaires, ne sont pas pratiqués deviennent plus rares : mais il faut savoir qu'ils ne sont pourtant pas exceptionnels. Il faut du reste reconnaître que le malade est plus souvent que le médecin la cause de cette négligence combien fâcheuse. Dans le même ordre d'idées, le médecin qui, chez un cardiaque dont la température oscillante et continuelle ne s'explique pas par des phénomènes pulmonaires, méconnaît une endocardite d'Ossler, faute d'y avoir pensé et d'avoir pratiqué une hémoculture qui lui aurait permis d'emblée de porter un diagnostic exact, commet une erreur qui pour être moins fréquente et moins grave du point de vue thérapeutique (le pronostic d'endocardite d'Ossler étant actuellement fatal, quelle que soit la thérapeutique envisagée) n'en constitue pas moins une faute.

La conclusion que l'on pourrait en tirer, c'est que pour faire un diagnostic exact, il faut d'abord avoir des connaissances théoriques solides car une erreur par ignorance ou oubli peut constituer une faute lourde. Il faut également conclure à la nécessité pour le praticien d'avoir non seulement des connaissances suffisantes mais encore de se tenir au courant des perpétuels remaniements et des acquisitions nouvelles que l'évolution de la médecine l'oblige à ne pas méconnaître.

Certes le mécanisme du diagnostic est complexe. La connaissance des maladies exige des qualités nombreuses

et très diverses. Une connaissance approfondie des signes caractéristiques de toutes les maladies est indispensable. Le médecin doit en outre être doué de sens très fidèles, d'un jugement droit, de connaissances cliniques dues à l'habitude d'examiner les malades ; les qualités psychologiques jouent un rôle considérable dans l'élaboration du diagnostic, et l'observation, l'esprit critique constituent des qualités nécessaires. Les problèmes que peut soulever un diagnostic peuvent varier à l'infini dans chaque éventualité. Mais il est vraisemblable aussi que dans une certaine mesure il est possible d'en étiqueter, d'en classer les éléments. Il est vraisemblable que parmi eux existent certains facteurs dominants par leur fréquence et leur relative constance.

Il ne faut pas enfin oublier qu'avant d'arriver à faire un diagnostic correct, le médecin a été obligé pendant des années de s'astreindre à une véritable gymnastique intellectuelle, et la valeur de son diagnostic sera pour une bonne part fonction de sa formation théorique, psychologique et clinique. A la base de cette formation se trouvent d'abord l'enseignement que lui ont inculqué ses Maîtres au cours de ses années d'étude, ainsi que les connaissances qu'il a été à même d'apprendre pour la préparation des concours.

Aussi au cours de ce travail aurons-nous à étudier successivement :

Les bases du diagnostic :

La formation théorique

La formation psychologique

La formation clinique du médecin.

Les étapes cliniques du diagnostic.

D'abord l'étape analytique :

Analyse des signes fonctionnels

Analyse du terrain

Analyse des signes physiques, qui fait avant tout du clinicien un observateur.

L'étape synthétique qui permet de remonter du symptôme à la maladie et qui met en jeu toutes les qualités psychologiques du médecin et en particulier son jugement et son esprit critique.

Enfin *les erreurs du diagnostic*, qui peuvent se rattacher à chacune des étapes et dont il faudra toujours rechercher la cause afin que l'erreur, si elle était inévitable, n'en soit pas moins profitable par les enseignements que l'on pourra en tirer. C'est ainsi que suivant le plan ci-dessus, on pourra schématiquement observer trois variétés d'erreurs.

Des erreurs de base, par exemple par insuffisance des connaissances théoriques.

Des erreurs analytiques, par exemple à la suite d'un examen trop superficiel.

Des erreurs synthétiques, par exemple par erreur de jugement.

CHAPITRE II

LES BASES DU DIAGNOSTIC

De tous les facteurs qui interviennent dans l'élaboration du Diagnostic, s'il en est un qui joue un rôle fondamental, c'est bien celui de la formation médicale que l'on peut envisager du triple point de vue : théorique, psychologique et clinique.

Malgré l'attention que le médecin porte à l'examen du malade, l'exactitude de son diagnostic est pour une très grande part fonction de cette formation. Praticien, il continue à employer les mêmes méthodes qu'il a apprises au cours de ses études, et sa technique, bonne ou mauvaise, reste la même. Car s'il est déjà difficile d'apprendre, il est encore plus difficile de se corriger de ses erreurs.

Nous étudierons donc successivement les bases théoriques, psychologiques et cliniques du Diagnostic.

Les connaissances théoriques du médecin constituent une nécessité sur laquelle il n'est pas besoin d'insister. Certes, comme on l'a dit, la médecine ne s'apprend pas dans un livre, et la plus précise des descriptions ne vaut pas l'examen du malade lui-même. Mais précisément, ces descriptions lui permettent de classer ses idées, rendant plus fructueuse l'observation personnelle. Elles sont aussi nécessaires au médecin que le solfège au musicien. Certes, on a bien raconté que Pascal découvrit grâce à son intuition les 32 premières propositions d'Euclide. « Mais un médecin qui connaîtra les caractères des souffles et des râles n'en trouvera pour cela ni la pneumonie, ni la pleurésie. Les observations précises, empiriques de la biologie ne peuvent être comparées aux divinations du mathématicien. Le

médecin ne raisonne que sur des faits, le mathématicien sur des abstractions, sur des entités. Nous ne montrerons jamais assez quelle différence il y a entre la médecine et la mathématique, quel abîme les sépare, quelle barrière infranchissable s'élève entre ces deux sciences. » (Barras).

Mais l'insuffisance des connaissances théoriques peut être à l'origine d'erreurs de diagnostic parfois lourdes. Ces erreurs peuvent être le fait de tout médecin, car nul ne saurait avoir la prétention de tout connaître, et il peut arriver au médecin de rechercher à l'occasion d'un diagnostic délicat les signes d'une affection peu fréquente, de même qu'au chirurgien de se remémorer les temps d'une intervention rare.

« Le novice qui sur une radiographie du genou confond le sesamoïde du jumeau interne avec un corps étranger et le chirurgien instruit qui méconnaît un aspect franc d'ostéochondrite disséquante commettent, a dit Jourdan, des erreurs de même nature. »

Il reste cependant un dernier point sur lequel il faut insister. Il peut arriver que le médecin soit victime de son érudition et que l'étendue de ses connaissances le conduise à porter un diagnostic inexact.

La seule conclusion que l'on puisse tirer d'une telle éventualité est de placer chacune de ces connaissances nouvelles au rang qu'elle doit occuper et de ne pas méconnaître la notion de fréquence, « élément essentiel, mais perfide du raisonnement diagnostique » (Jourdan). La constatation d'une erreur à l'occasion d'un cas rare nous poussera instinctivement à envisager ce diagnostic lorsque l'occasion s'en présentera de nouveau, mais la fragilité des arguments en sa faveur ne devra pas faire oublier la rareté de sa constatation, et par conséquent ne pas influencer outre mesure sur le jugement du médecin.

L'acquisition de ces connaissances théoriques n'est peut-être pas aussi facile qu'il est courant de le dire, et le Professeur Chavigny pouvait écrire dans l'Initiation aux études médicales qu'il avait conscience, étant étudiant

d'avoir gâché une grande partie de son temps et gaspillé sa peine. C'est qu'en effet, la multitude des connaissances à acquérir par l'étudiant l'oblige à faire un tri parmi elles, et à apprendre et retenir d'abord ce qui lui sera le plus nécessaire par la suite. Il ne serait pas sans danger pour lui d'apprendre tous les faits que le hasard met à la fois à sa portée avant d'avoir des notions nettes sur les affections les plus importantes et les plus fréquentes. Aussi, dès l'abord de cette étude se pose le problème de l'organisation du travail, du plan à adopter et de la méthode à poursuivre. L'acquisition de ces connaissances est donc loin de s'identifier avec la mémoire, qui n'en est qu'un des facteurs, et le propre des études médicales est d'obliger l'étudiant à un travail personnel ; et comme l'a écrit Lubbock : « Ce que nous apprenons par nous-mêmes fait plus essentiellement partie de notre être que ce que les autres nous enseignent. »

Ces connaissances, l'étudiant a trois moyens de les acquérir : la préparation des examens, la préparation des concours et le travail personnel. Chacun de ces moyens comporte ses avantages propres. La préparation des examens, outre qu'elle constitue pour l'étudiant une nécessité légale, lui permet, quelle que soit son orientation ultérieure, d'avoir un minimum de connaissances sur les diverses branches de l'activité médicale. Quant à la préparation des concours, l'étudiant, même s'il échoue, ne peut en tirer que des avantages, car c'est pour lui une occasion d'apprendre qu'il ne retrouvera nulle part ailleurs. Par l'étendue des connaissances exigées, la qualité du travail fourni, la connaissance approfondie de la pathologie, comme par la culture générale qu'elle nécessite, la préparation des concours constitue une manière de travail particulièrement efficace. Certes, il n'est pas impossible à l'étudiant d'acquérir toutes les notions anatomiques, pathologiques et cliniques du candidat au concours. Mais ce travail nécessite de sa part une volonté qui ne soutient pas la perspective de la réussite à cette épreuve. L'étude approfondie d'une question d'anatomie représente un travail né-

cessaire, mais parfois ingrat que le candidat approfondira d'autant plus qu'il la considère comme nécessaire à son succès. Le fait d'avoir étudié x fois une question de pathologie a pour conséquence de constituer dans l'esprit de l'étudiant un cadre fait d'éléments indissociables, tel que la constatation d'un seul de ses éléments, l'amènera fatalement à rechercher les autres. Enfin, la préparation des concours oblige le candidat à rédiger la question qu'il considère comme la meilleure, et par conséquent à mieux concevoir une affection et à argumenter la valeur de tous ses symptômes.

Cette nécessité pour le candidat de ne pas adopter une question sans l'avoir argumentée par d'autres, de critiquer (en pour et en contre) celle de ses collègues pour en apprécier la valeur ne contribue pas peu au développement de son esprit critique ; d'autant plus que l'étude d'un point contesté l'oblige à en discuter la valeur, à compléter sa documentation et à mieux en interpréter le sens. Cette préparation survient précisément au moment de sa formation clinique ; elle retentira ultérieurement sur la manière dont, médecin, il examinera ses malades, et les tableaux qu'il aura constitués à ce moment lui serviront de guide pour toute sa carrière, d'autant plus que le temps dont il pourra disposer plus tard pour apprendre deviendra particulièrement restreint. Enfin cette préparation des concours, si importante soit-elle, ne saurait dispenser le médecin du travail personnel, et cela pour de multiples raisons. D'abord parce que la préparation des examens comme celle des concours l'ont conduit à la connaissance purement théorique des grands syndrômes morbides, des maladies constituées. Au cours de son passage dans les services hospitaliers, l'étudiant a pris contact avec l'aspect réel de ces affections, leur symptomatologie souvent fruste ou incomplète, et il a déjà compris que « la clinique n'est pas toujours le reflet rigoureux de la notion qu'en donnent les livres » (Jacquelin). Surtout, il n'a eu l'occasion d'y voir que des affections organiques constituées. Or la fréquente

tion des services de consultation lui permet de voir que parmi les malades examinés, il y en aura bien peu qui seront admis à entrer à l'hôpital, et que parmi les autres, la plupart ne présentent pas de symptômes qui permettent de les faire rentrer dans les maladies qu'il connaît. Car parmi ces malades, il y aura deux grandes catégories : d'une part, ceux porteurs d'une affection à son début, dont la symptomatologie se montre singulièrement incomplète, ou d'une tendance stade prémonitoire d'une affection ultérieure qu'il lui importé de dépister. D'autre part, ceux chez lesquels le médecin ne pourra mettre en évidence aucun signe organique, sujets dont la symptomatologie ne répond nullement aux cadres décrits ; et nous aurons l'occasion d'insister sur le rôle du terrain dit neuro-végétatif de ces malades. D'où nombre de cas que l'étude des connaissances théoriques ne lui permet pas de diagnostiquer.

Ensuite, parce que « la Pathologie n'est pas la Clinique. La Clinique étudie les malades, et elle les étudie, non dans un but spéculatif, mais avec une raison pratique, dont le dessein est de les soigner, et, si possible, de les guérir » (Vires).

Mis à part les signes pathognomoniques qui sont rares, chaque signe peut être déterminé par des maladies plus ou moins nombreuses que le médecin doit avoir présentes à l'esprit, s'il ne veut pas risquer une erreur ou un oubli. D'où la nécessité d'étudier la séméiologie, afin de grouper en présence d'un symptôme les différentes hypothèses qui se présentent. Enfin l'étudiant apprend le tableau clinique des affections tel qu'il se présente au moment où il fait ses études. Or rien n'est stable, et la description que l'on en fera dans trente ans sera peut-être bien différente de l'actuelle. Il suffit de comparer l'étude de la symptomatologie avant et après l'apparition de la radio et du laboratoire pour comprendre que le médecin ne doit pas se contenter de ses connaissances, si parfaites soient-elles, et qu'il devra se tenir au courant des nouveaux moyens d'investigation que les progrès de la médecine mettront à sa disposition

pour étayer son diagnostic. Il n'est pas jusqu'à la conception elle-même de la maladie envisagée qui ne puisse être remaniée. Certaines affections n'ont gagné leur autonomie qu'à la faveur des éléments que le laboratoire et la radio sont venus apporter au diagnostic. D'autres également n'ont été identifiées qu'à une date relativement récente. Certaines affections ont même perdu leur caractère d'entité morbide pour ne plus constituer que des syndromes dont les causes multiples sont selon les cas plus ou moins identifiées aujourd'hui.

Tous ces arguments : existence d'affections qu'il n'aura pas étudiées au cours de ses études, nécessité d'approfondir la séméiologie, d'apprendre à profiter de l'expérience comme de l'évolution de la médecine prouvent au praticien que ces connaissances théoriques ne sauraient être complètes s'il ne prenait soin de les enrichir par son travail personnel, et « le vrai médecin doit rester un étudiant toute sa vie » (Lyonnet).

Ce travail sera d'autant plus fructueux que le praticien étudiera avant tout les questions intéressant l'orientation qu'il aura choisie, que cette étude présentera pour lui un intérêt immédiat, et que, par conséquent, il y prendra goût. L'étude approfondie d'une maladie nécessite une documentation riche et solidement étayée à laquelle l'expérience ultérieure viendra donner toute sa valeur. La constitution d'un dossier fournira au médecin un argument important pour son diagnostic, d'autant plus important pour lui qu'il l'aura modelé à sa personnalité.

Nous aurons donc à étudier successivement :

La constitution d'une documentation,

La connaissance de son dossier,

Sa critique à la faveur de l'expérience.

La constitution d'un dossier nécessite d'abord un but déterminé, la délimitation de son cadre, et l'emploi d'une méthode rigoureuse. Ce travail demande de la part de son auteur une sélection entre les documents étudiés pour ne

conserver de chacun que les passages présentant un intérêt pratique pour le but envisagé. Il oblige donc le médecin à recueillir des éléments pour savoir les classer à savoir lire, réfléchir, et faire des recherches bibliographiques. Aussi lui sera-t-il nécessaire de voir d'abord la place occupée dans la pathologie par la maladie qu'il étudie et se faire une vue d'ensemble de la question en s'aidant pour ce travail des connaissances qu'il possède déjà. C'est pourquoi les passages des traités classiques de pathologie et des questions de concours traitant de ce sujet lui fourniront-elles un point de départ pour cette étude, qu'il pourra alors compléter utilement. Le médecin apprend ainsi à juger rapidement un livre : la date de parution permet de le situer dans l'ordre de la production médicale ; la lecture de la préface de juger l'esprit dans lequel il a été écrit ; la table des matières lui indique le plan poursuivi et la lecture d'un passage déterminé permet au lecteur de se faire rapidement une opinion sur le bénéfice qu'il peut tirer personnellement de la lecture du volume. Enfin, un livre s'étudie la plume en main, de façon à pouvoir noter au passage les points importants ou prêtant à critique. Le médecin apprend également à voir, ce qui est beaucoup moins facile qu'il peut sembler à première vue. Il apprend à voir avec son attention, avec son intelligence, et effectue un acte cérébral où son esprit joue un rôle beaucoup plus considérable que ses sens. Il apprend de même à réfléchir, c'est-à-dire à ne pas admettre a priori toute idée avant de l'avoir approfondie ou justifiée au besoin. Le médecin apprend enfin à faire des recherches bibliographiques. Nous avons déjà vu la nécessité de commencer par l'étude des traités de pathologie et des questions pour se faire une idée générale sur le problème envisagé. Mais ces éléments sont insuffisants, car le but qu'ils poursuivent est différent de celui du travail personnel. Les cadres forcément limités du traité ou de la question ne permettent pas toujours de donner à certains éléments ou à certains chapitres le développement dont le lecteur peut avoir besoin. Enfin des travaux

parus postérieurement ont pu, ou mettre en évidence l'importance d'un symptôme donné, ou au contraire, en contester la valeur, ou enfin signaler l'existence de symptômes nouveaux. D'où la nécessité de les compléter par l'étude des périodiques, des thèses, des compte-rendus des Congrès. La lecture des tables des matières des périodiques, les catalogues des thèses, les fichiers des bibliothèques permettent de connaître l'ensemble des travaux publiés sur la question.

Mais la littérature médicale a pris au cours de ces trente dernières années une extension qui risque de décourager le lecteur, ou de le submerger, ce qui oblige à une sélection entre documents d'intérêt inégal. Il suffit de relire les journaux médicaux anciens pour constater combien d'articles ont vieilli et ne présentent plus qu'un intérêt historique ; mais la description clinique ne perd pas de sa valeur, et si l'interprétation a pu varier, l'observation reste. La lecture des travaux tout récents permet de faire le point actuel et de bénéficier des recherches bibliographiques de leurs auteurs, mais elle demande un certain recul pour que l'on puisse porter un jugement définitif que seul l'expérience permet de sanctionner. Il n'est pas inutile de noter les références citées afin de s'y reporter en cas de besoin.

Une fois un dossier constitué, il devient nécessaire de sélectionner les documents qu'il contient. Il faudra que le médecin détermine pour chacun d'eux ce qui lui est utile. Souvent, dans un article, seule la conclusion lui importera, le contenu de l'article ayant pour but de la justifier, ou de marquer les étapes qu'il a fallu suivre pour y parvenir. Il est en effet impossible de retenir tout ce que l'on entend, et tout ce que l'on lit, et la sélection dépend du jugement personnel concernant la valeur relative des choses. Le point de vue du praticien et celui du spécialiste seront par exemple bien différents sur la même question. Pour le premier, ce qui lui sera nécessaire, ce sera de discriminer parmi les maladies celle qu'il ne peut soigner par lui-même.

Pour le spécialiste, au contraire, un diagnostic très précis s'imposera pour fixer les modalités du traitement. La constatation d'un signe important oblige le médecin à le graver dans son esprit, à l'associer aux signes concomitants et à en faire un exemple qui restera fixé dans sa mémoire. Il lui est par contre plus difficile de faire la part de ce qui peut être oublié ou de ce qui est discutable, car cela nécessite une certaine connaissance de la question, une confrontation de plusieurs documents, souvent une étude de l'origine des faits en question. Il faut toujours rechercher le nom de l'auteur, les références d'un jugement, les propagateurs d'une hypothèse. On n'oubliera pas que partant d'une observation juste, un raisonnement peut arriver à une conclusion fausse. Un signe dont l'interprétation peut être discutée pourra être retenu, mais le médecin ne devra pas perdre de vue le caractère contestable de son interprétation. Sinon, il risquerait d'aboutir à une erreur, et il serait alors préférable de négliger un tel symptôme, qui, d'abord considéré comme douteux, finirait par prendre place dans son esprit, et le pousserait ultérieurement à étayer un diagnostic sur un argument suspect ou peut-être même injustifié.

La constitution d'un dossier, si parfaite soit-elle, n'a d'intérêt que si le médecin en a appris les grandes lignes. Il ne saurait être question de demander au médecin de connaître par cœur la liste de tous les « petits signes » d'une maladie, mais de savoir imperturbablement les signes cardinaux dont l'assemblément permet le diagnostic. Le praticien aura d'ailleurs toujours la faculté de se remémorer les signes accessoires pour les rechercher dans un cas particulier, et en faire ainsi une observation détaillée, sans perdre de vue qu'ils constituent surtout un moyen de mieux connaître un malade dont le diagnostic est déjà fait par la recherche des symptômes caractéristiques. Cette nécessité d'avoir toujours présents à l'esprit les symptômes fondamentaux des maladies nous amène à dire quelques mots de la mémoire, sur laquelle tant d'opinions contraires ont été

émises. On lui a d'abord reproché d'être limitée, et il n'est pas contesté que lui demander un effort trop considérable risque d'aboutir à un véritable « champ de ruines » (Chavigny) d'où émergent sans aucun ordre quelques souvenirs d'intérêt inégal, sans qu'il soit toujours possible de retrouver les liens qui les unissaient. La mémoire est infidèle, et dans l'ensemble, diminue avec l'âge. Surtout, on lui a reproché d'étouffer le jugement, de chercher à le suppléer, d'exclure l'intelligence, ce qui évite l'effort intellectuel, et Montaigne a pu dire : « Sçavoir par cœur n'est pas sçavoir ».

Du fait que la mémoire soit limitée, il ne faut pas la surcharger, mais l'utiliser dans la mesure du possible. Du fait qu'elle est infidèle, il faut lui demander avant tout de graver les symptômes fondamentaux dans notre esprit et s'astreindre à l'entretenir. Elle ne saurait enfin étouffer le jugement, que par la paresse de l'intelligence, qui en dernière analyse serait la vraie responsable. D'autre part, si la mémoire peut paraître une qualité inférieure, elle n'en est pas moins absolument nécessaire, et les Anciens enseignaient déjà que Mnémosyne était mère des Neuf Muses.

Pour nous résumer, il faudrait distinguer deux variétés de mémoire : l'une qui consiste à apprendre par cœur, sans penser : c'est celle à laquelle on a pu adresser tous les reproches ; l'autre qui associée à l'observation, justifiée par la critique, et enrichie par l'expérience deviendra un facteur non négligeable du Diagnostic. Quant au meilleur mode de perception, il est variable selon les personnes : certains se remémorent bien les faits qu'ils ont appris à un cours, d'autres de ce qu'ils ont lu dans un livre ; d'autres ne se souviendront que des faits qu'ils ont écrits, d'autres encore de ceux qu'ils ont récités à haute voix ou qu'ils ont discutés avec un collègue. Il est vraisemblable que le procédé de fixation est variable, et que celui qui est le meilleur est celui auquel notre esprit est le mieux adapté. Il semble cependant que l'étude simultanée d'une même maladie par la clinique et par le livre frappe davantage l'esprit en faisant appel à plusieurs moyens de fixation à la fois. Enfin,

ces tableaux, pour nécessaires qu'ils soient ne prendront toute leur valeur que s'ils sont vivants. Tel signe qui n'avait que peu frappé l'attention du lecteur prendra son importance lorsqu'il aura eu l'occasion de l'observer en clinique, de même qu'un fait qui aurait pu paraître secondaire à l'examen ne révèle l'intérêt qui s'y attache que grâce à l'étude théorique de la maladie. On ne saurait donc dissocier les connaissances théoriques des connaissances cliniques qui se complètent mutuellement et qui permettent au médecin de mieux connaître la maladie. Parfois, à l'occasion d'un diagnostic erroné, le médecin en viendra à revoir le dossier correspondant pour chercher la cause de l'erreur. Il verra alors qu'un symptôme qui figurait dans ses notes n'y tenait pas une place proportionnelle à sa juste valeur, et l'erreur qu'il aura commise l'incitera à ne pas le méconnaître ultérieurement. Parfois aussi, ce sera l'insuffisance du dossier qui sera la responsable de l'erreur, ce qui conduira le médecin à compléter sa documentation. Ainsi comprises, les connaissances théoriques apparaîtront comme le reflet de l'examen clinique enrichi par l'expérience, et l'effort de la mémoire se trouvera d'autant plus facilité que le médecin aura l'impression de les avoir « vécues ».

Nous aurons plus loin, à l'occasion de chacune des grandes étapes analytique, et surtout synthétique du Diagnostic, à revenir sur les qualités psychologiques du médecin, mais nous voudrions insister dès maintenant sur les aptitudes psychologiques indispensables.

Des connaissances théoriques étendues, un examen minutieux du malade sont des éléments insuffisants pour faire un diagnostic si le médecin ne possède pas la curiosité scientifique, l'esprit d'observation et un jugement sain. Certes, le médecin n'est pas seulement un psychologue, mais certaines qualités constituent une nécessité irréductible. Déjà, la préparation du baccalauréat à moins cherché à faire connaître à l'étudiant le grec et le latin qu'à former son esprit. Le médecin devra d'abord être un

esprit curieux ; il devra s'intéresser aux faits soumis à son investigation, être curieux d'apprendre, de connaître les acquisitions nouvelles. Là encore, il devra faire la démarcation de l'hypothétique et du certain, et se tenir à égale distance de l'hostilité à toute nouveauté et de l'attrait irrraisonné pour toute acquisition nouvelle. Le médecin qui a l'esprit curieux n'épargnera ni son temps ni sa peine pour arriver au Diagnostic, et risquera moins qu'un autre une erreur par insuffisance d'examen. Quant à l'esprit d'observation, il constitue la qualité psychologique fondamentale de l'étape analytique du Diagnostic il est le complément de la curiosité. Les études classiques ont déjà pour but de le développer, mais il prend en médecine toute son importance. Apprendre à voir, à regarder est une qualité nécessaire au clinicien. Il doit chercher à voir, à comprendre, à chercher le pourquoi de chaque signe. On peut constater le peu de fruit que l'on tire souvent de l'observation spontanée. Si l'on met l'enfant en présence d'un objet quelconque, et qu'on lui demande de le décrire, on est le plus souvent étonné de la pauvreté de cette description. Souvent même, c'est une de ses caractéristiques qui est restée dans l'oubli. De même, en médecine, les observations ne seront complètes que si nos connaissances théoriques et cliniques nous ont appris à tirer profit de nos constatations.

Quelle différence lorsque l'on compare deux observations prises par le même étudiant, l'une décrivant une maladie connue de lui, l'autre une affection qu'il n'a pas encore eu l'occasion de rencontrer. Et pourtant, cette description ne fait appel qu'à notre esprit d'observation, et montre le peu de profit que nous tirons de nos perceptions, si nos connaissances théoriques et cliniques ne viennent pas nous apprendre à en profiter. C'est surtout en dermatologie, qui fait essentiellement appel à notre observation que l'on s'aperçoit du nombre des symptômes qui ont frappé nos sens sans fixer notre attention, lorsqu'on prend soin de contrôler nos sensations par les descriptions des traités. D'où la nécessité pour le médecin, non seule-

ment de voir, mais encore d'apprendre à regarder ; encore faut-il prendre soin de noter tout ce qui était passé inaperçu si l'on veut pouvoir en tirer profit. Mais c'est surtout dans l'étape synthétique du Diagnostic qu'interviendront les aptitudes psychologiques du médecin, au premier rang desquelles il faut placer le raisonnement, l'esprit critique, le bon sens et le jugement. Il existe une véritable tournure d'esprit médicale, une manière propre de penser que l'on retrouve chez le médecin, même lorsqu'il vient à traiter de questions extra-médicales. Il a appris à se méfier des opinions toutes faites, à argumenter l'exactitude des symptômes, à donner à chacun l'importance qui lui convient, à baser son diagnostic d'abord sur les symptômes qu'il a été lui-même amené à vérifier. Aussi le médecin doit-il raisonner, et raisonner juste. Car dans la règle, un symptôme est sous la dépendance de causes multiples. Le médecin doit apprendre à déceler l'erreur, à ne jamais pousser trop loin le principe de simplicité, car le besoin de schématiser à outrance l'amènerait rapidement à l'erreur. Montrer la fréquence de la tuberculose comme cause de l'hémoptysie est une nécessité qui ne doit pas conduire à en négliger les autres causes, mais seulement à y songer en premier lieu. L'esprit critique de son côté est non moins important pour le médecin ; là encore il ne s'agit pas d'opposer systématiquement des arguments à toute hypothèse, mais de s'assurer de l'exactitude des symptômes et de chercher à expliquer chacun d'eux en fonction du diagnostic envisagé. Le mot critique, a dit Claude Bernard, n'est pas synonyme de dénigrement ; critiquer signifie rechercher la vérité en séparant ce qui est vrai de ce qui est faux, en distinguant ce qui est bon de ce qui est mauvais. Admettre qu'un malade présente un signe fonctionnel, c'est admettre que la conception que le malade se fait de ce symptôme correspond à celle que s'en fait le médecin. Ce dernier devra toujours rester dans le bon sens, conserver un état de mesure et d'équilibre ; il devra éliminer toute idée préconçue, conserver du passé ce

que l'expérience a justifié, et assimiler toute notion nouvelle dans la mesure où elle se sera trouvée justifiée par la pratique. S'il est un défaut qui est particulièrement préjudiciable au médecin, c'est bien l'esprit faux. Le premier point pour éviter l'erreur, est de s'apercevoir quand l'on s'est trompé ; le deuxième point est de rechercher pourquoi, et pratiquement, il peut y avoir deux grandes causes : ou bien l'on est parti de bases fausses, et alors le raisonnement pêchait par la base, ou l'on est parti de bases justes pour arriver à une conclusion erronée. Il faut alors refaire toutes les étapes du raisonnement pour retrouver l'origine de l'erreur, car une conclusion semblerait d'autant plus justifiée qu'elle repose sur des bases exactes. Il peut enfin se faire que l'on arrive à une conclusion juste malgré un raisonnement inexact, par suite de circonstances fortuites : porter un diagnostic d'occlusion intestinale alors qu'un malade est porteur d'une péritonite appendiculaire, c'est faire une erreur, mais qui aboutit à une conclusion juste : le diagnostic de l'intervention. L'erreur en elle-même n'aurait peut-être pas été plus grave si l'on avait fait le diagnostic de colique néphrétique, mais dans ce dernier cas, elle aurait abouti à une conséquence fatale : l'abstention opératoire. Seul le hasard, dans la première éventualité aurait permis au malade de bénéficier de l'acte opératoire, bien que les arguments du Diagnostic eussent été erronés. Un malade présentant un amaigrissement qui s'explique par des raisons physiologiques peut par ailleurs être un tuberculeux. Il n'en reste pas moins qu'une interprétation fausse a pu permettre une conclusion juste. Seulement, si le hasard vient quelquefois redresser une erreur, il ne s'agit là que d'une exception heureuse dans ses résultats, et l'exactitude thérapeutique n'en a pas moins un point de départ erroné. L'esprit faux reste un défaut fondamental pour le médecin, car, quelles que soient par ailleurs ses connaissances et son esprit d'observation, il aboutira souvent dans ses conclusions à l'erreur.

Il nous reste maintenant à étudier le rôle de l'ensei-

gnement clinique qui constitue la base même de la formation médicale. Car « l'expérience clinique ne peut résulter de la lecture de nombreux livres ou de l'assiduité à des cours si éloquents soient-ils, de l'érudition en un mot. Qu'y a-t-il de plus fragile qu'une description de manuel ou que la parole d'un Maître ? A supposer même qu'elles restent cataloguées dans notre mémoire sous forme d'idées, elles ne nous ont pas frappé en tant que sensations directes, la seule sous laquelle elles soient assimilables ; elles ne nous appartiennent pas, elles ne sont en nous que comme corps étrangers, et lorsqu'à un examen clinique ultérieur, nous recevons une sensation analogue, cette dernière ne provoquera pas la vibration intérieure annonçant qu'en nous quelque chose de vivant a été touché et a répondu sur le clavier de la mémoire involontaire » (Cordonnier).

Dans sa leçon inaugurale, le Professeur Laubry, après avoir reconnu l'utilité de l'enseignement de la pathologie déclarait : « Cette communion avec les grandes toiles qu'on vous projette à l'amphithéâtre est peut-être capable de vous donner le goût de la peinture ; elle ne fait pas de vous des peintres. Il vous faut broyer les couleurs et manier le pinceau, le manier continuellement, réparant vos maladresses au gré des conseils, des critiques et surtout des exemples médités. Ce n'est qu'en vous soumettant à cette discipline, qui, croyez-moi, dure toute la vie, que vous vous familiariserez avec les deux opérations d'analyse et de synthèse qui tantôt dissociées, tantôt entremêlées, sont les deux seuls éléments de l'observation clinique. »

La formation clinique ne saurait prétendre à faire de tous des praticiens d'égale valeur, et chacun conserve les qualités et les défauts qui constituent sa personnalité. Mais « elle prétend tirer des qualités innées ou acquises le meilleur rendement pour l'exercice de la profession » (Chavigny).

Lorsqu'un étudiant quitte un service pour un autre, surtout s'il change de spécialité, et à plus forte raison s'il arrive pour la première fois à l'hôpital, il se trouve désor-

riente et il lui faut un certain temps pour s'adapter à un milieu où parfois tout est nouveau pour lui. Aussi dans une première phase, son instruction reste-t-elle surtout passive. Il apprend à observer, note les procédés qui ont permis d'arriver au Diagnostic, les erreurs à éviter. Rapidement, son instruction devient active : prise d'observations, ébauche de diagnostics. Au début, les observations sont bien incomplètes ; elles contiennent des erreurs. Grâce à ses Chefs, l'étudiant apprend à voir comment et pourquoi il s'est trompé, comment il pourra ultérieurement éviter les mêmes erreurs. Il apprend les faits qu'il aurait dû mettre en valeur, ceux au contraire qu'il aurait pu négliger. Il apprend comment un Diagnostic s'ébauche, se construit, se discute. Il comprend que cette discussion du Diagnostic n'est pas une opération mathématique, que plusieurs éventualités ont chacune des arguments dont il s'agit de peser la valeur. Il voit que dans certains cas, le diagnostic peut rester hésitant, que certains diagnostics ne peuvent être que soupçonnés et que parfois seule l'évolution pourra permettre de prendre parti. Il comprend alors que le Diagnostic est une opération particulièrement complexe, et que le médecin doit toujours viser à se rapprocher le plus possible de la vérité, sans qu'il possède toujours les éléments nécessaires pour y atteindre.

Nous avons cherché, au cours de ce chapitre, à esquisser rapidement les bases sans lesquelles tout Diagnostic serait impossible. Ce sont ces bases qui suivront le médecin au cours de toute sa carrière et dont il aura plus ou moins profité selon ses aptitudes.

Nous étudierons maintenant les étapes cliniques (analytique et synthétique) du Diagnostic. L'étude analytique comprend elle-même trois chapitres :

- Analyse des signes fonctionnels ;
- Analyse du terrain ;
- Examen du malade.

Les éléments de l'analyse des Signes fonctionnels sont fournis par l'interrogatoire, ceux du terrain par l'interrogatoire, l'étude des antécédents et des signes généraux. L'examen du malade par l'étude de chaque appareil, en commençant par celui sur lequel l'attention a été particulièrement attirée. Ces étapes constituent pour le clinicien le seul moyen de posséder tous les éléments qui lui sont nécessaires pour envisager et discuter les différentes hypothèses qui se présentent à lui.

CHAPITRE III

ANALYSE DES SIGNES FONCTIONNELS

L'élaboration du Diagnostic est constituée par un certain nombre d'étapes, une succession de chaînons qu'il importe d'individualiser pour en comprendre la structure. Mais les étapes du Diagnostic ne sont pas toujours les mêmes selon le cas envisagé, et tel diagnostic impliquera une localisation anatomique ou la recherche de l'étiologie, alors que tel autre devra s'arrêter à l'étape clinique. Le degré de nos connaissances est plus ou moins approfondi selon l'affection envisagée, et alors que dans un cas l'étiologie est bien connue, dans tel autre, elle nous échappe. L'ulcère gastrique, par exemple, est anatomiquement bien individualisé, mais son étiologie est actuellement inconnue, et du domaine de l'hypothèse. De plus, le mécanisme se trouve compliqué du fait de l'intervention fréquente de facteurs psychiques dont l'étude est d'autant plus délicate qu'ils sont du domaine du subconscient. Il n'en reste pas moins acquis que l'on peut établir un schéma chronologique des étapes du Diagnostic, sous la réserve que certaines d'entre elles devront être sautées, du fait du cas particulier envisagé ou de l'état de nos connaissances actuelles. Prenons par exemple le cas d'un malade atteint d'une caverne tuberculeuse du sommet droit. L'interrogatoire met en évidence les signes fonctionnels accusés par le malade : toux, expectoration, hémoptysie, point de côté, et attire d'emblée l'attention du praticien sur l'appareil respiratoire. Puis l'étude des antécédents personnels (pulmonaires, pleuraux, ostéo-articulaires), familiaux (tuberculose pulmonaire, méningite), et l'étude de l'état général (température, amaigrissement), permet de chercher s'il existe chez le malade un passé bacillaire ou actuellement un état

général déficient. Le médecin va alors rechercher les signes physiques (Inspection, palpation, percussion, auscultation), et pratiquer l'examen complet. D'où une première étape : observation et enregistrement des symptômes. La constatation d'un souffle caverneux peut venir traduire l'existence d'une caverne, et la matité expliquer la condensation péricavitaire. Le médecin peut ainsi, en interprétant ces symptômes affirmer l'existence d'une caverne que vient confirmer l'examen radiologique. D'où une deuxième étape d'explication des symptômes et de synthèse qui, en l'occurrence, aboutit à la localisation anatomique du processus. Existence d'antécédents bacillaires, présence de B. K. dans l'expectoration, d'où troisième étape qui détermine l'étiologie tuberculeuse du processus. L'altération de l'état général (température, poids) caractérise son évolution. Enfin, la désignation du Diagnostic, caverne tuberculeuse du sommet droit à forme évolutive, est l'énoncé de la conclusion des étapes suivies.

Le raisonnement qui conduit à l'affirmation d'ulcus gastrique est assez comparable : douleurs, vomissements, hématemèse, mélène, localisation du point douloureux : enregistrement des symptômes. L'intensité et le rythme des douleurs à type de brûlures, l'existence d'hémorragies montrent qu'il ne saurait s'agir d'une simple dyspepsie, font penser à l'existence d'un ulcus. L'horaire des douleurs et surtout l'examen radiologique (hyperkinésie, encoche de la grande courbure) permettent de porter le diagnostic anatomique, ulcus gastrique de la petite courbure ; mais dans ce cas, l'étape étiologique manque. Il serait facile de multiplier les exemples qui permettraient d'isoler les temps du diagnostic :

Observation et enregistrement des symptômes : fonctionnels, généraux et physiques ;

Puis interprétation des symptômes dans tous les cas ;

Parfois seulement, localisation anatomique, identification étiologique, caractère évolutif ;

Enfin, énoncé du Diagnostic.

L'analyse des signes fonctionnels constitue donc le premier temps de l'observation des symptômes. Elle consiste dans la recherche des troubles accusés par le malade. Son importance n'est pas négligeable, mais le bénéfice qu'en tire le médecin sera très variable d'un sujet à l'autre.

Elle permet d'orienter le diagnostic dans des voies déterminées. Cependant l'existence d'un diagnostic de présomption dès cette étape risquerait de fausser l'interprétation des symptômes. Un certain nombre de principes généraux domine l'étude des signes fonctionnels, car leur non-observation risquerait d'égarer le médecin.

I. — *Les signes fonctionnels sont sujets à caution*, car ils sont fonction de la personnalité, et le médecin attache une importance beaucoup plus considérable aux signes physiques qu'il peut constater qu'à des signes fonctionnels dont le tableau varie d'un malade à l'autre. La même douleur enregistrée par deux patients aboutirait à des descriptions très différentes selon la sensibilité et selon le psychisme de chacun. Aussi faut-il faire une part énorme, dans l'enregistrement de ces signes aux réactions propres au sujet qui exagère, diminue ou déforme involontairement les sensations éprouvées.

II. — *Dans certains cas, ils peuvent avoir un intérêt primordial pour le Diagnostic.* — Du fait qu'ils demandent à être interprétés, il ne faudrait pas en conclure que leur étude ne présente que peu d'intérêt. La constatation d'une douleur précordiale atroce, avec irradiation dans le bras gauche et sensation de mort imminente constituera l'élément fondamental du Diagnostic d'angine de poitrine, si l'on a pris soin d'en constater l'existence certaine : douleur atroce et non pesanteur ou gêne, irradiation typique, et non aussi intense à droite qu'à gauche. Sensation de mort imminente, et non sensation pénible. Certes, certains cas d'angine de poitrine peuvent ne se manifester que par une symptomatologie atténuée ou atypique, mais alors insuffisante à elle seule pour faire un diagnostic et leur valeur

demande à être largement discutée, en s'aidant des signes physiques et radiologiques. La constatation d'une hémorragie viscérale certaine (hématémèse, hémoptysie) est un élément de premier plan du Diagnostic. Alors que la constatation de quelques vagues douleurs gastriques n'attire que peu l'attention en raison de leur banalité, la présence d'une hématémèse oblige le médecin à un examen radiologique qui pourra peut-être décélérer un néoplasme encore opérable. La constatation d'une telle hémorragie amènera d'urgence le malade au médecin, et aiguillera souvent ce dernier dans son diagnostic. L'importance de tels symptômes prendra une valeur d'autant plus considérable que parfois l'examen des signes physiques ne fournit que peu d'éléments dans de pareils cas. La banalité des autres signes fonctionnels ne peut obliger le médecin à pratiquer des examens complémentaires systématiques (laboratoire et surtout radio), et l'hémorragie est le seul symptôme qui permette de conclure à la nécessité de ces examens.

II. — *Le médecin doit employer des termes qui soient facilement compris du malade.* — Certains symptômes en effet n'ont pas la même signification pour le malade et pour le médecin, celle du premier ayant pour caractéristique de manquer de précision, quand encore elle n'est pas erronée. Le *Vertige*, par exemple, pour le médecin est un symptôme bien défini : sensation illusoire de déplacement du corps ou des objets environnants avec tendance à la perte de l'équilibre et état nauséux. Le malade fait abstraction de ces deux derniers caractères, quand il ne désigne par là les troubles les plus divers depuis la tendance au collapsus, l'éblouissement jusqu'au bourdonnement d'oreilles. Le *Rhumatisme articulaire aigu* constitue une affection bien déterminée. Mais si l'on demande au malade s'il a eu des rhumatismes, il répondra presque toujours affirmativement, quand à la suite d'une circonstance banale, il aura eu quelques douleurs articulaires fugaces. Si l'on ne prend soin de faire préciser l'âge (la première crise de rhumatisme articulaire aigu ne survenant qu'ex-

ceptionnellement après 30 ans) les articulations atteintes, l'obligation dans laquelle le malade s'est trouvé de garder le lit, le traitement salicylé, la surveillance qu'a dû nécessiter le cœur du malade, on risque d'attribuer au rhumatisme une insuffisance aortique d'origine syphilitique, par exemple. Il faut donc, dans les cas douteux, répéter plusieurs fois les questions sous des formes différentes, afin d'être sûr d'avoir été compris. Il n'est pas moins utile de suivre un ordre déterminé dans les questions adressées au malade, pour être certain de ne rien oublier.

IV. — *La discordance entre les signes fonctionnels et les signes physiques ne permet de conclure à des troubles névropathiques qu'après s'être entouré de tous les examens désirables.* — Le médecin a quelquefois tendance à croire qu'à un signe fonctionnel doit forcément correspondre un signe organique, et que dans le cas contraire, le malade est « forcément » un psychopathe. Le substratum organique de l'angine de poitrine reste discuté ou plutôt est inconstant, puisque l'examen post mortem ne permet pas toujours de mettre en évidence la cause de la mort. Dans un autre ordre d'idées, un client vient parfois consulter pour des névralgies que l'on intitule essentielles jusqu'au jour où un B.W. + ou la présence de sucre dans l'urine vient en signer la nature. Le traitement, par son efficacité, peut alors souvent prouver l'exactitude du Diagnostic. Dans ces cas, l'examen local avait très bien pu ne mettre en évidence l'existence d'aucun signe physique, et seul un examen plus poussé a permis d'en déceler la cause. Il en résulte donc que si tout effet a une cause, cette cause peut ne pas pouvoir être déterminée par les moyens dont nous disposons.

V. — *La constatation d'un signe fonctionnel concernant un organe donné doit amener à rechercher les autres signes fonctionnels traduisant l'altération des fonctions de cet organe.* — L'existence d'une dyspnée fait avant tout penser à une lésion pulmonaire ou cardiaque ; il est nécessaire de savoir le comportement de ces organes : tel malade qui s'in-

quiètera de sa dyspnée aura peut-être oublié de dire qu'il a les pieds enflés le soir. On sera ainsi amené à rechercher : pour les poumons : la toux, l'expectoration, l'hémoptysie, les points de côté; pour le cœur : l'œdème, les palpitations, les douleurs précordiales.

VI. — *Un trouble fonctionnel n'exprime pas toujours initialement la souffrance de l'organe même de l'appareil par lequel elle s'exteriorise* (Creux). — C'est par exemple le cas de la dyspnée qui, si elle est souvent d'origine pulmonaire ou cardiaque peut également traduire une lésion laryngée (croup), rénale (urémie) nerveuse (atteinte bulbaire) car le fonctionnement d'un organe retentit sur tous les autres, et l'altération de l'un d'entre eux peut ne se manifester que par le retentissement sur un autre organe, parfois très éloigné. Cœur, vaisseaux et reins constituent une entité physiologique telle que l'altération de l'un d'eux va immédiatement influencer sur les deux autres. Le rôle des glandes endocriniennes et du système nerveux sur l'ensemble de l'organisme est également considérable. Toutes ces considérations prouvent que si certains signes fonctionnels traduisent l'altération d'*Un* organe ou d'*Un* appareil, d'autres ne font que traduire l'effet sur cet appareil d'une cause qui reste à déterminer. Les rapports anatomiques d'un organe suffisent à expliquer les symptômes communs de lésions souvent très diverses et parfois justiciables de traitements opposés. Deux points enfin méritent d'attirer l'attention. A côté des symptômes nets, il existe des symptômes frustes qui ont pu passer inaperçus du malade. Si certains œdèmes sont évidents, d'autres doivent être recherchés. Il faudra alors demander au malade si ses pieds sont enflés le soir quand il se couche, si ses jambes ne conservent pas l'empreinte de la chaussure le soir, si, après le repos de la nuit, ses jambes sont désenflées le matin. Il en est de même pour la dyspnée, qui peut passer inaperçue du fait de la sédentarité du malade. On sera alors obligé de faire donner des précisions, de rechercher l'essoufflement rapide à l'occasion de la

montée d'un escalier ou d'une marche accélérée, de lui demander si, la nuit il n'est pas obligé de s'asseoir sur son lit pour faciliter sa respiration. La constatation de tels signes est d'autant plus importante qu'elle traduit l'insuffisance fonctionnelle d'un organe à son début et qu'à cette phase, le traitement est susceptible d'avoir son maximum d'efficacité. D'autre part, nous avons déjà eu l'occasion de signaler la répercussion des signes fonctionnels sur les fonctions psychiques du malade. Tel symptôme peut s'expliquer entièrement par les signes organiques qui l'accompagnent, tel autre n'a constitué qu'un point de départ, qu'une épine qui n'a fait qu'extérioriser le terrain neuro-végétatif du malade, tel autre encore n'est que la traduction d'un trouble purement psychique du sujet. Certains symptômes d'apparence anodine peuvent, du fait de contingences dont le médecin doit tenir compte, retentir d'une façon suffisamment intense chez le malade pour ébranler son équilibre psychique et même le conduire à des actes de désespoir. Aussi le praticien doit-il s'efforcer de comprendre le malade, de chercher à concevoir les troubles provoqués en se mettant à sa place, et d'apprécier le retentissement qu'ils peuvent avoir sur le mode de vie du sujet.

Rappelons enfin que le tact et la discrétion, la patience et la douceur sont nécessaires au médecin s'il veut retirer de l'interrogatoire tout le bénéfice possible. Certaines questions posées au client peuvent le gêner, l'offusquer alors qu'il existe presque toujours un moyen détourné qui permet d'arriver au même résultat sans éveiller ses susceptibilités. Le médecin ne peut s'empêcher d'entendre l'énumération de tous les troubles accusés, même si certains sont totalement dénués d'intérêt ; mais ensuite il lui sera possible de poser des questions importantes sans voir perpétuellement le malade revenir sur le sujet qui l'inquiète et qu'il craint toujours de ne pas avoir suffisamment précisé.

Il est classique, dès le début de l'interrogatoire, de noter certains renseignements qui auront parfois une va-

leur non négligeable pour le diagnostic. L'âge du malade peut déjà fournir quelques indices : la tuberculose est une affection de l'adolescent et de l'adulte jeune surtout. Le cancer est avant tout une maladie de la cinquantaine, et la constatation des mêmes troubles à un âge différent n'aiguille pas le médecin vers les mêmes hypothèses. Le sexe, la profession, le genre de vie, le séjour sous certains climats peuvent également fournir des éléments utiles au Diagnostic.

L'interrogatoire comprend deux étapes :

1. Dans le premier temps, le médecin laisse la parole au malade en lui faisant décrire les symptômes qui l'amènent à consulter.

2. Dans le deuxième temps, le plus important, le médecin dirige l'interrogatoire, fait préciser les points qui peuvent lui paraître obscurs, insiste sur les caractères d'un symptôme dont peuvent découler des conséquences importantes.

Enfin il ne faut pas oublier que la constatation d'un signe négatif peut être d'une signification aussi intéressante que celle d'un signe positif. L'absence de toux, d'expectoration, d'hémoptysie, de point de côté, de dyspnée est peu en faveur d'une affection pulmonaire, et les signes physiques qui tendront à accréditer cette éventualité demanderont à être discutés. L'interrogatoire s'adressera toujours au malade, lorsque ce sera possible, mais les renseignements fournis par son entourage ne seront pas à négliger, surtout lorsque le malade ne peut répondre par lui-même (état de choc, coma, enfant). On ne perdra pas de vue que plus encore que les renseignements fournis par le malade, ceux de l'entourage demandent à être interprétés en raison de leur inexactitude fréquente (inquiétude, ignorance, préjugés, affection). Il faudra s'évertuer à obtenir des réponses précises, ce qui parfois sera particulièrement ardu, et à suivre un plan déterminé. Le médecin sera d'abord obligé d'étudier les troubles sur lesquels le malade attire

l'attention, sous peine de voir le client s'étonner d'une question dont il ne saisira pas l'importance. Il sera ensuite plus facile de se documenter sur l'état des autres appareils. L'interrogatoire prendra toute son importance lorsqu'il s'agira d'une maladie chronique à l'origine de laquelle on s'efforcera de remonter, et il sera souvent difficile de séparer un argument utile de la « gangue » des faits oiseux qui l'entoure. Certains sujets, doués d'esprit d'observation et de méthode fourniront en peu de mots tous les renseignements utiles au Diagnostic. D'autres fois par contre, comme l'a écrit Martinet, « on se trouve en présence de sujets verbomanes, diffus et confus, dont les discours, surchargés d'incidents, très caractéristiques au point de vue psychique, sont dépourvus de signification somatique. « Il faudra alors profiter de la moindre accalmie pour chercher à endiguer cette logorrhée désordonnée et lui substituer un interrogatoire méthodique et serré. Deux éventualités peuvent alors se produire. Dans le premier cas, il sera possible d'obtenir des réponses utilisables sur les troubles actuellement éprouvés et sur la manière dont ils se sont constitués. Dans le deuxième cas, la moindre question sera la cause d'une dissertation sans rapport avec la question posée et totalement « inargumentable ». Il faudra alors en prendre son parti, et sans insister sur un interrogatoire dès lors dénué d'intérêt passer le plus tôt possible à l'examen direct. Les malades qui se plaignent de trop de troubles à la fois ne sont pas rares, et la multiplicité disparate de leurs préoccupations est souvent rassurante au point de vue organique. Un interrogatoire, pour être particulièrement efficace doit être précis, et cette qualité permettra souvent d'éviter des erreurs. Lorsqu'un malade se plaint d'avoir de la fièvre et qu'on lui demande quelle est sa température, on apprend souvent qu'elle n'a pas été prise, mais que le malade se « sent fiévreux ». Un autre viendra consulter pour un amaigrissement marqué, mais si on lui demande son poids, on apprendra que le malade ne s'est jamais pesé, ou qu'il ignore totalement son poids antérieur, ou encore qu'il a

maigri de x kgs, mais sans préciser depuis quelle date. On peut alors rechercher vainement l'origine d'un amaigrissement qui était peut-être dû à une modification complète du genre de vie. Un malade reconnaîtra avoir vomi du sang, mais ne précisera pas qu'il s'agit d'un filet survenu au cours de vomissements violents, à une date parfois très lointaine. D'autres enfin viennent consulter « pour le cœur », pour leur tuberculose, sans préciser qu'ils sont eux-mêmes les auteurs d'un Diagnostic incertain. Du reste, dans tous les cas, il importe de ne pas s'engager sur un Diagnostic quelconque, et de ne pas chercher à faire concorder les signes cliniques avec ce diagnostic, car c'est le meilleur moyen de se tromper. Nous ne ferons pas ici l'étude de chaque signe fonctionnel en lui-même, car cette étude est faite dans tous les traités de séméiologie et qu'elle sortirait du cadre de la question. Nous nous contenterons d'énumérer pour la plupart des grandes fonctions les principaux signes fonctionnels qui peuvent en traduire la souffrance.

APPAREIL RESPIRATOIRE :

Toux, Expectoration, Hémoptysie, Point de côté, Dyspnée.

APPAREIL CIRCULATOIRE :

Dyspnée, OEdème, Palpitations, Douleurs précordiales, Angoisse, Troubles du rythme (accélération, ralentissement, extra-systoles), Lypothymie et Syncope.

APPAREIL DIGESTIF :

Estomac : Douleurs, Brûlures, Anorexie, Ballonnements, Nausées, Vomissements, Hématémèse, Moeléna.

Intestin : Coliques, Constipation, Moeléna, Epreintes, Diarrhée.

Foie : Douleurs, Troubles dyspeptiques, Modification

des fèces, Ictère, prurit, urticaire, hémorragies, Augmentation de volume de l'abdomen.

APPAREIL URINAIRE :

Douleurs, Troubles des mictions, Pyurie, Hématurie, Œdèmes.

SYSTÈME NERVEUX :

A) *Troubles moteurs* :° Paralysie, Mouvements anormaux (tremblements, chorée), Attitude vicieuse (contracture), Troubles de l'équilibre.

B) *Troubles sensitifs* : Douleurs, Paresthésies.

C) *Troubles sphinctériens* : Rétention ou incontinence vésicale ou rectale.

D) *Troubles sensoriels* :° Audition : Diminution de l'acuité, Otalgie, Bourdonnements ; Vision : Diminution de l'acuité visuelle, Diplopie, Douleurs.

E) *Troubles du langage* : Aphasie, Dysarthrie, Aphonie.

F) *Troubles méningés* : Céphalée, Vomissements, Constipation.

G) *Troubles psychiques* : Délire, Amnésie.

APPAREIL GÉNITAL :

Homme : Douleurs, Impuissance, Ulcération suspecte, Tumeur des bourses, Écoulement.

Femme : Caractère des règles : Troubles de la formation et Ménopause, Aménorrhée, Dysménorrhée, F.C. et Grossesse. — Pertes : Leucorrhée, Métrorragie. — Douleurs : rythmée ou non par les règles.

APPAREIL LOCOMOTEUR :

Douleurs, Impotence fonctionnelle, spontanée (arthrite) ou provoquée (traumatisme), et sa localisation (articulaire, musculaire, osseuse).

Les renseignements obtenus pendant l'interrogatoire prendront d'autant plus de valeur qu'ils préciseront : la date exacte du début, l'ordre d'apparition des symptômes, la marche des troubles observés, leur caractère actuel, les traitements suivis et leur influence. Il faudra au cours de l'interrogatoire éviter l'emploi des termes techniques, comme celui de termes communs pouvant prêter à confusion, et d'une façon plus générale faire décrire les sensations éprouvées, donner des chiffres chaque fois que c'est possible, et tenir compte de l'exagération provenant de la difficulté de se juger soi-même. On sait la fréquence avec laquelle les malades, en présence d'hémorragies donnent des chiffres imaginés : « un litre de sang au moins » ; aussi est-il nécessaire de vérifier l'authenticité des symptômes chaque fois que c'est possible. De même avant de parler de gros genou faut-il avoir mesuré exactement et dans les mêmes conditions le genou incriminé et le genou normal. Les qualificatifs de « gros, petit, fréquent, abondant, etc. » n'ont de valeur que s'ils sont précis, leur signification en elle-même étant trop variable d'un cas à l'autre. Les signes qui peuvent amener le malade à consulter sont multiples, mais nous n'avons envisagé que ceux qui présentent de l'intérêt concernant un appareil déterminé. Un amaigrissement en lui-même n'attire pas l'attention sur un organe déterminé, car il pourra être symptomatique aussi bien d'une tuberculose que d'un néo ou d'un diabète tandis que les œdèmes feront *a priori* ausculter le cœur ou chercher l'albumine. Quant à l'interprétation des signes fonctionnels, elle est très délicate et n'est possible qu'après un examen très détaillé du malade. Souvent, il y a concordance entre les deux, et les signes fonctionnels ne sont que la traduction d'une lésion organique. Mais parfois, il n'y a pas concordance. L'examen peut mettre en évidence des troubles sur lesquels l'attention du malade n'a jamais été attirée : c'est le cas des lésions muettes (découverte d'une caverne à l'occasion d'un examen radiologique de dépistage). Au contraire, parfois, les signes physiques ne vien-

nent nullement confirmer les troubles accusés par le malade, et alors plusieurs cas peuvent se présenter : ou les troubles accusés sont insuffisants pour faire le Diagnostic et il faut recourir à des examens spéciaux, ou bien des troubles légers n'ont pris une importance particulière qu'à la faveur du terrain neuro-végétatif du malade. Il s'agit alors dans ce dernier cas de troubles fonctionnels, c'est-à-dire d'une perturbation d'une fonction quelconque de l'économie qu'aucune lésion de l'organisme ne justifie.

Il existe des cas enfin où les troubles fonctionnels s'intriquent intimement avec des signes physiques à tel point qu'il devient presque impossible, sauf imprévu, de faire la démarcation entre ceux qui sont directement en rapport avec la lésion anatomique et ceux qui sont surajoutés. Le Professeur Abrami, au cours de la leçon inaugurale de son cours en a fourni quelques exemples typiques. Nous rappellerons le cas du malade hémiplégique par ramollissement cérébral. Ce malade présentait une hémip légie totale, une impotence musculaire absolue. L'exagération des réflexes et un signe de Babinski venaient attester le caractère organique de la lésion. Or, à la suite d'une transfusion de 50 grammes de sang, l'auteur assita à la disparition de la paralysie, constata le retour de la mobilité et de la force musculaire malgré la persistance du signe de Babinski et de l'exagération des réflexes.

Il y avait donc dans les troubles présentés par le malade deux ordres de symptômes complètement différents : les uns organiques sur lesquels la transfusion ne pouvait avoir aucune action : signe de Babinski, exagération des réflexes ; les autres au contraire susceptibles de disparaître sous l'action d'une thérapeutique sans action sur la lésion organique : paralysie motrice, hémip légie. Donc : « D'un côté une séméiologie vraiment organique, en relation directe avec la lésion encéphalique, mais une séméiologie occulte pour le malade à qui n'importaient en rien ni la réaction spéciale de ses réflexes tendineux, ni celle de son réflexes cutané plantaire. Et de l'autre une séméiologie que

nous croyons aussi lésionnelle et qui n'était que fonctionnelle, puisqu'elle a disparu presque instantanément : sémiologie d'accompagnement liée sans doute à des troubles vaso-moteurs, à de l'œdème, à une inhibition des centres moteurs au voisinage du foyer ramolli, mais si importante que c'est elle seule qui pour le patient constituait toute la maladie » (P^r Abrami).

Il en résulte donc que certains signes fonctionnels que l'on considère comme la manifestation d'états organiques ne sont que des signes surajoutés qu'une thérapeutique déterminée a pu permettre de dissocier dans certains cas de la lésion organique. Il existait donc une erreur, non pas dans l'observation des signes envisagés, mais dans leur interprétation, puisqu'on les considérait jusqu'alors comme solidaires de cette lésion. L'intérêt de cette constatation est de permettre d'envisager la thérapeutique de tels troubles fonctionnels dans des cas où il est impossible d'intervenir directement sur la lésion elle-même. C'est ce qui explique souvent la réussite de traitements tels que homéopathie, sympathicothérapie, acupuncture, etc. : là où ils s'adressent au traitement des signes fonctionnels.

Nous voudrions enfin dire quelques mots de deux ordres de signes fonctionnels, en raison : de la fréquence de leur observation, de la multitude de leurs localisations, de la variabilité de leurs causes, des conséquences que l'on peut en tirer, et des erreurs à éviter dans leur observation comme dans leur interprétation. Ce sont d'une part les douleurs, d'autre part les hémorragies.

De tous les troubles fonctionnels, la douleur constitue de beaucoup le plus fréquent, et les arthralgies, les céphalalgies, les douleurs épigastriques, lombaires, iliaques, les points de côté, les douleurs précordiales, etc., constituent autant d'aspects variables dans leur localisation comme dans leur caractère de l'élément douloureux. Il faudra donc en présence de toute douleur s'attacher à la décrire avec une précision d'autant plus grande qu'elle constitue parfois l'élément fondamental du Diagnostic (colique hépa-

tique ou néphrétique, angine de poitrine). Dans tous les cas, il faudra déterminer :

1° Sa *localisation* et demander au patient de montrer du doigt où il a mal ; très fréquemment au contraire, au lieu de désigner le point douloureux, le malade a tendance à indiquer l'organe qu'il incrimine et qui souvent ne correspond pas à sa localisation anatomique. Il en sera de même au cours de la recherche de la douleur à la pression. Ce qu'il importe de préciser, c'est la désignation précise du siège maximum de la douleur avec le doigt, ou la désignation exacte de la localisation élective de la douleur du début lorsqu'ultérieurement elle a envahi un territoire trop important.

2° Ses *irradiations*. Là encore il ne faudra pas demander si elle se propage dans une direction déterminée, car sous l'action de la douleur, le malade aura toujours tendance à l'affirmer. Au contraire, en lui demandant où elle se propage, le malade dont l'attention ne sera pas sollicitée dans une direction donnée donnera des renseignements plus utiles au Diagnostic. Nous rappellerons à ce sujet que certaines douleurs présentent des irradiations caractéristiques, d'une importance souvent considérable :

Colique *hépatique* : ascendante à l'omoplate droite et dans la région inter-scapulaire, vers l'épaule et le bras droit.

Colique *néphrétique* unilatérale et descendante le long de l'urètre, à la vessie, à l'urètre, au gland, au périnée.

Angine de *poitrine* le long du bras gauche, parfois jusque dans les deux derniers doigts.

3° Ses *caractères* et son *intensité* : on demandera au malade s'il lui est possible de décrire la sensation éprouvée. Les brûlures de l'hyperchlorhydrique sont bien différentes des pesanteurs, du ballonnement de l'hypochlorhydrique. La sensation d'avoir le cœur bloqué dans un étau éveillera la possibilité d'angine de poitrine. L'intensité de la douleur

n'est pas non plus sans intérêt. La migration d'un calcul, une crise tabétique portent généralement l'élément douloureux à son paroxysme. Un malade qui accuse des douleurs si peu marquées qu'il ne peut en préciser l'horaire a peu de chance d'avoir un ulcus.

4° La *date d'apparition* surtout importante dans les crises aiguës ; l'existence ou non de crises douloureuses antérieures ainsi que leur caractère comparé à la crise actuelle.

5° Son *évolution* et sa *durée*, allant de la douleur en éclair aux états subintrants. Son évolution continue ou au contraire par spasmes.

6° Les *autres signes fonctionnels* qui l'accompagnent et qui sont très variables selon l'organe incriminé.

7° Les *circonstances* auxquelles le malade attribue son apparition : erreur d'alimentation, excès, changement de vie, traumatisme.

8° Les *traitements* qui ont été tentés et les *résultats* qui ont été obtenus. Il faut alors distinguer le traitement étiologique qui peut par son résultat confirmer ou infirmer le diagnostic du traitement symptomatique dont il n'est pas possible de tirer de conclusions.

9° Le *rythme des douleurs* : nombre de crises, leur espacement, les conditions qui semblent les favoriser : effort, influence digestive ou alimentaire, influence du lieu, du climat, parfois de la saison.

10° Le *retentissement des troubles douloureux* sur le *psychisme*. Certains phénomènes douloureux, en raison de leur intensité ou de leur répétition peuvent entraîner des répercussions souvent considérables sur le psychisme du malade et dans certains cas revêtir une importance disproportionnée au point que le sujet ne vit plus que dans l'angoisse et dans l'attente d'une nouvelle crise, délaissant même toute activité. Le médecin doit se garder de ne pas

paraître attacher un intérêt suffisant au récit du malade, même s'il sait que ses craintes sont injustifiées, car les sujets n'ont souvent confiance que s'ils ont l'impression d'avoir été compris.

C'est ainsi que prenant soin de préciser tous les caractères de l'élément douloureux, en laissant d'abord la parole au malade pour ne pas l'influencer dans sa description, en précisant secondairement les points qu'il a pu laisser dans l'ombre ou qui n'ont point frappé son attention, on arrive à donner à ce symptôme toute sa valeur et à pouvoir en tirer le maximum de profit comme élément du Diagnostic.

Les Hémorragies constituent par ailleurs un signe fonctionnel fondamental :

- Elles inquiètent le malade,
- Elles posent pour le médecin des hypothèses variables selon les cas, mais toujours multiples,
- Elles obligent souvent à des examens complémentaires lorsque la clinique seule n'a pas permis d'en élucider la cause. Dans tous les cas, elles amènent à discuter des affections redoutables, nécessitant parfois une thérapeutique rapide et différente selon chaque cas.

L'hémoptysie doit toujours faire soupçonner la tuberculose pulmonaire, le rétrécissement mitral ; l'hématémèse l'ulcus gastrique ou duodénal, le cancer gastrique sans oublier les causes hépatiques et spléniques ; les hémorragies rectales le néo du rectum. L'hématurie les trois grandes causes urétrales, vésicales et rénales (lithiase, tuberculose), néo la métrorragie après la ménopause le fibrôme ou le cancer.

La simple énumération de quelques-unes des causes que peut faire discuter une de ces hémorragies montre tout l'intérêt qui doit s'attacher à en dépister la cause. L'esprit du médecin doit rester hanté par la crainte de passer à côté d'un diagnostic qu'il aurait pu faire s'il avait examiné son malade d'une façon plus approfondie. Or dans tous les cas, l'examen physique est insuffisant à lui seul pour entraîner la certitude.

Il faudra donc :

En présence d'une *hémoptysie* : examiner les crachats ; les poumons, le cœur à la radio ;

En présence d'une *hématémèse* : rechercher le mœléna occulte en prenant les précautions nécessaires, pratiquer un examen radiologique gastro-intestinal ;

En présence d'*hémorroïdes* : faire un toucher systématique, et en cas de doute une rectoscopie ;

En présence d'une *métrorragie* : faire un toucher vaginal et un examen au spéculum ;

En présence d'une *hématurie* : faire une cystoscopie avec cathétérisme des urétères ; examiner au labo les urines séparées.

Certes, la pratique de ces divers examens présente parfois des difficultés ; le médecin peut se heurter à de multiples écueils provenant du client quelquefois (T.V et T.R) de difficultés pécuniaires (examen radiologique) de l'impossibilité de pratiquer par lui-même certains examens (cathétérisme des urétères). Aussi devra-t-il insister avec toute l'autorité nécessaire pour obtenir des examens dont dépend peut-être la vie du client. Faute de pratiquer ces épreuves, on risque des erreurs auxquelles plus tard il sera impossible de remédier. Si nous avons insisté sur la nécessité formelle de tels examens, partout décrits, c'est que l'expérience de tous les jours montre qu'ils ne sont pas toujours appliqués aussi systématiquement qu'ils le devraient et jamais un médecin n'aura à se les reprocher en présence d'un symptôme d'une telle importance.

Même lorsque tous les examens reviennent négatifs, le médecin ne doit pas se contenter d'un diagnostic purement symptomatique qui ne le satisfait pas et masque son ignorance dans certains cas. Il devra mettre le malade en observation, le revoir à étapes suffisamment rapprochées, et comparer les signes constatés avec ceux de l'examen précédent. Et si le diagnostic reste douteux, il n'hésitera pas à redemander un nouvel examen (radio, labo) pour être sûr qu'une lésion à son début n'est pas passée inaperçue à l'exa-

men. Certes, il s'en faut que les équations trop faciles soient exactes. Il était autrefois classique de dire qu'en présence d'une hématomèse, il fallait discuter le néo ou l'ulcus : or les travaux modernes ont prouvé que ces deux causes ne représentaient pas plus de 25 % des hématomèses. Les causes hépatiques et spléniques ne sont pas rares. Enfin il faut reconnaître que dans le quart des cas, la cause en l'état actuel de nos connaissances nous échappe. Seulement, avant d'avoir le droit de parler d'hématomèse essentielle, il faut d'abord avoir examiné le foie, la rate et surtout la région gastro-duodénale ; et ce n'est qu'après des examens radiologiques systématiques que l'on peut parler d'hémorragie essentielle. Dans tous les cas, quelle que soit la cause, ces examens sont nécessaires et c'est justement sur leur nécessité que nous avons voulu insister.

Nous voyons donc qu'avant tout examen du malade, l'interrogatoire vient apporter des éléments extrêmement précieux pour le diagnostic ; que l'étude des signes fonctionnels demandera à être confrontée avec celle des signes généraux physiques et complémentaires, et que l'interprétation que l'on pourra en fournir s'avérera souvent très délicate.

CHAPITRE IV

ANALYSE DU TERRAIN

L'étude du terrain, en pratique médicale, n'a pris toute sa valeur qu'à une date relativement récente, et l'intérêt qu'on lui a porté est passé par des alternatives variables. Sans vouloir entrer dans l'historique de la question, nous nous contenterons de rappeler que cette évolution s'est faite en trois phases : la première s'étend jusqu'à l'ère pastorienne, c'est l'époque de l'empirisme où le rôle des grands processus était mal individualisé, où il était difficile, en présence d'un symptôme, de la rattacher à sa cause. La deuxième a été la conséquence des découvertes de Pasteur sur l'infection et les microbes. Il en est résulté des conséquences incalculables tant en chirurgie (asepsie) qu'en médecine (maladies infectieuses, vaccins). C'est à partir de cette date que le rôle de l'infection a pris toute sa valeur. La présence d'un microbe décelable au laboratoire a permis de faire le diagnostic de l'agent causal de la maladie comme l'expérimentation de reproduire à partir de la culture le tableau clinique de l'affection. Devant l'importance de cette découverte, la question du terrain est passée au second plan. Puis on s'est aperçu que le rôle de l'infection n'était pas tout en clinique. Lorsqu'un certain nombre de personnes se trouvent placées dans les mêmes conditions de contagion, elles vont se comporter de manières très différentes. Les unes ne vont présenter aucun trouble morbide et sembleront immunisées vis-à-vis de cette infection. D'autres vont présenter le tableau clinique de la maladie en cause. D'autres enfin vont présenter des formes particulièrement graves qui mettront leur vie en danger, les expo-

sant aux complications, prolongeant la durée de la maladie, ou laissant derrière elles des séquelles indélébiles. Pourquoi cette réaction tellement différente selon les personnes placées dans les mêmes conditions de contamination ? Parce que le même germe s'est trouvé en présence de terrains très différents. Certains organismes se sont trouvés immunisés du fait de circonstances parfois d'ailleurs très différentes (atteinte antérieure, âge, vaccination), certains ont été contaminés, d'autres enfin, en état de moindre résistance, n'ont pu lutter contre cette infection. Le rôle du terrain n'a jamais été méconnu, mais l'importance qu'on lui a attribuée a varié selon les époques. Un fait est resté acquis. La physionomie de la maladie est fonction de deux grands facteurs :

- 1° L'intensité du processus ;
- 2° La résistance du terrain.

Delore, étudiant les tendances de la Médecine contemporaine, a insisté sur le rôle fondamental du terrain dans la maladie. C'est de cet ouvrage que nous avons extrait les passages suivants concernant l'importance du terrain et son rôle dans le cancer, la tuberculose et les maladies infectieuses. « De ces deux facteurs de la maladie, c'est le terrain ou aptitude réactionnelle individuelle qui, en définitive, est le plus important. C'est lui qui oriente la réaction morbide. C'est le terrain qui pour un même facteur peut donner selon les individus des lésions différentes et une même lésion pour des causes distinctes. C'est le terrain et non l'agent pathogène qui donne lieu à la manifestation morbide ou réaction. C'est le terrain et non l'antigène qui réalise l'état réfractaire. C'est par l'intermédiaire du terrain qu'agit la chimiothérapie » (Delore).

Selon l'affection envisagée, le rôle du terrain et de l'agent de déséquilibre se montre variable.

Dans le cancer, le rôle primordial dépend du facteur terrain ; manque de spécificité du facteur déclenchant (ou occasionnel) qui peut être très divers.

Dans la tuberculose, bacille et terrain interviennent tous les deux.

Dans les maladies microbiennes, le terrain intervient moins, l'agent externe paraît avoir le rôle prépondérant.

En ce qui concerne le cancer, les travaux modernes ont invoqué un certain nombre de déséquilibres comme cause première de la maladie : déséquilibre dans les oxydo-réductions, et notamment troubles de la glycolyse cellulaire, déséquilibre acide-base (l'alcalose est prédisposante et le métabolisme des cancéreux est orienté vers l'alcalose), déséquilibre des ions minéraux avec prédominance du potassium au détriment du calcium et du magnésium, augmentation de la perméabilité cellulaire (Kopaczewski), déséquilibre neuro-végétatif et psychique, déséquilibre des rythmes cellulaires. En résumé, il y a un terrain précancéreux, un terrain de prédisposition. On revient par là à la notion d'une diathèse cancéreuse. Ce terrain est représenté par un certain nombre de déséquilibres d'ordre nerveux, humoral et cellulaire encore très mal connus. « Le cancer est l'expression épithéliale d'une perturbation générale de l'organisme » (Lipschutz). C'est ainsi que l'on assiste à un véritable retour à la notion de terrain dégagée des conceptions empiriques auxquelles tendent à se substituer des notions précises étayées sur le constat expérimental et clinique. A côté de ce terrain précancéreux qui constitue la cause première, vient se placer les causes secondes ou facteurs occasionnels. Mais ces facteurs ne sont pas spécifiques, des masses de sujets sont exposés à des facteurs identiques de cancérisation, et il s'en faut que le cancer apparaisse chez tous. L'intervention nécessaire de facteurs occasionnels sera d'autant plus réduite que le terrain sera d'autant plus prédisposé, et nous entrevoyons avant la phase clinique ou anatomique du cancer l'existence d'une phase préclinique ou biologique latente, qu'en l'état actuel de la science, nous ne pouvons malheureusement pas diagnostiquer. Ce serait pourtant à cette phase que l'on pourrait envisager une véritable thérapeutique préventive

du cancer, en cherchant à rétablir dans l'organisme l'équilibre perturbé.

En ce qui concerne la Tuberculose, le facteur dominant, c'est chez l'enfant la contagion, chez l'adulte la réaction. D'où chez le premier, rôle fondamental de l'infection, chez le second, rôle prédominant du terrain. Il ne faudrait pas confondre le rôle des facteurs de prédisposition avec celui des conséquences de la maladie déjà réalisée. Il faut donc revenir au terrain en tuberculose en conservant les enseignements de la bactériologie, et faire une place au terrain et au microbe dans une pathogénie élargie.

Même dans les maladies infectieuses où le rôle du microbe reste fondamental, le rôle du terrain n'est pas sans intérêt. L'observation montre parfois l'absence de contagion dans des conditions où théoriquement celle-ci devait se réaliser. Pour beaucoup de maladies, on n'est pas arrivé à mettre en évidence un microbe déterminé, et l'on invoque alors la notion du virus filtrant. Le microbe ne représente pas une entité immuable, toujours identique à elle-même. Les résultats de la vaccinothérapie ne correspondent pas toujours à la théorie bactériologique, et l'emploi des auto-vaccins implique que la vraie spécificité n'est pas dans le germe, mais dans l'individu malade. Ces quelques faits suffisent à prouver que le facteur bactériologique n'occupe pas une place exclusive dans la pathogénie de la maladie. Hoffmann de son côté a dit que ce n'est pas seulement la diversité des maladies qui rend la médecine difficile, mais aussi la diversité des sujets chez lesquels la maladie agit et leur état variable qui a une importance égale ou plus grande que celle de la modalité de la cause morbide. Widal, Abrami et Pasteur-Vallery-Radot s'expriment ainsi : Chacun de nous entreprend la lutte contre le milieu ambiant avec tout son tempérament, c'est-à-dire avec ses infériorités des organes, ses insuffisances glandulaires, ses fautes humorales et ses susceptibilités cellulaires. Malheureusement, en pratique, le clinicien ne possède pas actuellement les éléments lui permettant de faire le

Diagnostic de cette phase que Delore a appelée biologique ou préclinique, qui correspond aux états prétuberculeux et précancéreux. La déficience de l'organisme que le praticien peut mettre en évidence dans ces processus ne correspond qu'à un stade plus tardif, et les résultats fournis par l'examen ne montrent que les conséquences de l'atteinte par l'un de ces processus.

Le terrain apparaît donc comme la manière de se comporter de l'organisme en présence de multiples agents contre lesquels il a à lutter (traumatismes, infections, intoxications, tumeurs). Il est donc constitué par un ensemble de facteurs extrêmement complexes dont la résultante est le degré de résistance de l'organisme considéré.

Aussi, nous plaçant seulement au point de vue clinique, nous nous contenterons d'étudier les grands processus qui, par leur fréquence, et les troubles qu'ils provoquent, sont susceptibles de modifier le terrain, d'augmenter ou de diminuer les résistances à certaines maladies, ou même d'en déformer la symptomatologie.

Quels sont donc les facteurs dont dépend le terrain ?

Le terrain est d'abord fonction des processus contre lesquels l'organisme a été obligé de lutter jusqu'alors. A ce point de vue, par exemple, certaines affections ont provoqué l'immunité spécifique envers l'agent causal, et il est classique, quand on suspecte la rougeole ou les oreillons de rechercher dans les antécédents une atteinte qui dans la règle confère l'immunité. Certaines infections, au contraire, loin de provoquer dans l'organisme l'immunité, semblent le prédisposer à une atteinte nouvelle (tuberculose) ou même diminuer sa résistance en général (maladies anergisantes : rougeole, coqueluche, etc.). Le premier élément du diagnostic du terrain sera donc fourni en clinique par l'étude des antécédents personnels du malade. C'est cette étude qui permettra de rattacher à leur cause bien des troubles de l'organisme : une albuminurie massive à la syphilis, une hépatite à la dysenterie, une dilata-

tion des bronches à une rougeole, etc. La notion d'épidémicité permettra souvent de faire un diagnostic précoce, mais dans cet ordre d'idées, il ne faudrait pas généraliser et pêcher par excès. Tout saturnin qui souffre du ventre, dit le professeur Achard, n'a pas nécessairement une colique de plomb, tout accès fébrile chez un paludéen n'est pas un retour de l'infection malarique, et tout fébricitant qui mange des huîtres n'a pas forcément une fièvre typhoïde.

Un second facteur du terrain est fourni par l'hérédité. Cette notion est trop connue pour qu'il soit utile d'y insister et la tuberculose et l'arthritisme en sont deux exemples frappants. Nous n'avons pas à envisager ici le rôle de l'hérédité ni celui de la contagion dans la tuberculose. Un fait clinique reste certain : c'est la fréquence avec laquelle se retrouve la tuberculose, sous quelque forme que ce soit, dans la descendance des bacillaires. Il sera donc d'un intérêt particulier de rechercher dans les antécédents héréditaires, avec tout le tact que nécessite une telle recherche, les grandes infections ou les intoxications que l'on est susceptible de retrouver chez le malade, soit par transmission directe, soit par simple prédisposition héréditaire.

« L'hérédité imprime les caractéristiques individuelles, l'aspect extérieur, la stature, la couleur de la peau, de l'iris, des cheveux, etc., aussi imprime-t-elle aux fonctions viscérales et aux manifestations psychiques des enfants, par rapport aux parents et ascendants, son cachet spécial (hérédité normale).

Ces signes héréditaires peuvent être altérés quand les gènes paternels ou maternels ont été troublés par certains facteurs : maladies, causes toxiques, consanguinité (hérédité pathologique) (Castellano) ».

Certaines maladies sont familiales, telles la myopathie progressive, la maladie de Friedreich, l'hémophilie, la maladie de Recklinghausen, etc.

Un troisième facteur du terrain est constitué par les conditions dans lesquelles s'est développé l'organisme et dans lesquelles il vit actuellement. Alors qu'il serait parti-

culièrement ingrat d'étudier l'influence du milieu, il est très facile de savoir comment les organismes placés dans les mêmes conditions ont pu réagir. D'où l'intérêt de l'étude des antécédents collatéraux (frères, sœurs) et familiaux (conjoint, enfants, etc.). Le fait que l'on retrouve parmi les collatéraux des antécédents spécifiques (méningite ou lésion ostéo-articulaire pour la tuberculose) implique que le sujet s'est trouvé placé dans les mêmes conditions pathogènes et que s'il a jusqu'alors réagi différemment, il n'en reste pas moins susceptible de présenter des troubles symptomatiques de cette affection.

Enfin, lorsqu'un sujet se trouve par suite de circonstances très variables amené à un état de déficience plus ou moins marqué, celle-ci, quelle qu'en soit la cause, va se traduire par un retentissement sur les différentes fonctions de l'organisme et une altération de l'état général plus ou moins accentuée selon les cas, mais toujours effective. Modification de la formule sanguine, de la température, du poids, asthénie, etc. L'étude des signes généraux, sans en déceler la cause, viendra donc fixer le praticien dans une certaine mesure sur le comportement de l'organisme.

Résumons-nous. Le médecin a, à sa disposition, un certain nombre de critères qui lui permettent, dans une large mesure, de déterminer le degré de résistance du sujet.

1° L'interrogatoire du sujet, d'abord en laissant la parole au patient, qui peut parfois attirer l'attention sur un fait important, puis en dirigeant le questionnaire dans un sens déterminé, en recherchant les troubles susceptibles d'aiguiller le Diagnostic.

2° Les antécédents ensuite, en étudiant dans tous les cas les antécédents personnels, héréditaires, collatéraux et familiaux de l'intéressé.

3° Les signes généraux, témoins de l'état actuel du patient et de la manière dont il se comporte en présence de la maladie.

Nous voyons donc que l'étude du Terrain, loin de créer un nouveau chapitre dans la conduite de l'examen du malade, se contente d'utiliser les éléments fournis par l'étude de l'interrogatoire, des antécédents et des signes généraux, et de les grouper afin de pouvoir en tirer profit au moment de la discussion du Diagnostic. Là encore, si l'on désire obtenir des éléments intéressants, il sera nécessaire de faire préciser chaque point digne d'intérêt. Parlant de son passé pathologique, le malade fournira toujours des diagnostics dont il importera de vérifier dans la mesure du possible l'authenticité. Plusieurs moyens sont à la disposition du médecin pour y arriver : faire décrire au sujet les troubles éprouvés, la durée de la maladie, les examens complémentaires qui ont pu être pratiqués, les traitements qui ont été suivis et les résultats qui ont été obtenus. Lorsqu'un malade accuse une pleurésie ancienne et que l'on apprend qu'en trois ou quatre jours il a été guéri, il y a gros à parier qu'il n'a pas eu de pleurésie (au sens clinique du mot), mais tout au plus une réaction pleurale qui ne saurait fournir un appoint au Diagnostic. On ne saurait donc tenir compte d'un tel argument pour prouver l'existence d'un terrain bacillaire. Nous avons eu une fois l'occasion de voir un malade qui nous déclara avoir présenté un œdème aigu du poumon. Comme il ne paraissait pas attacher à cet accident toute la valeur qu'il comporte, nous lui demandâmes si cette crise s'était accompagnée d'expectoration. Le malade précisa qu'il avait rejeté une mousse rosée et qu'il avait eu la sensation nette d'asphyxier. Devant ces précisions, l'argument prenait toute sa valeur, et l'auscultation du cœur montra un bruit de galop témoin de l'insuffisance ventriculaire gauche.

Il est par contre beaucoup plus difficile de se documenter sur les antécédents héréditaires, surtout en raison de l'imprécision des renseignements fournis. Parfois cependant, on peut obtenir des arguments importants ; par exemple, par l'étude du pourcentage de la mortalité parmi les membres d'une même famille, lorsque les décès peu-

vent s'expliquer par la même cause (parent décédé en sanatorium, frère ou sœur mort de méningite ou porteur d'affection articulaire). L'étude des signes généraux elle-même présente une grosse valeur, pourvu que l'on s'entoure de toutes les garanties désirables. La température n'aura de valeur que s'il s'agit de température rectale, prise le matin et le soir, et inscrite sur une feuille spéciale. Le poids n'a de signification que dans la mesure où on peut le comparer aux poids antérieurs. Un malade qui grossit n'est vraisemblablement pas porteur d'une tuberculose évolutive ou d'un néoplasme.

D'une façon générale, le gros avantage de la Température et du Poids, c'est qu'il est possible de les chiffrer et de les comparer aux résultats précédents, et ce qui importe le plus, ce n'est pas tant la constatation de la fièvre ou de l'amaigrissement que l'étude de leur évolution.

L'analyse du terrain présente une importance pratique considérable. D'abord parce qu'elle pousse le médecin à se demander si les troubles accusés ne sont pas en rapport avec le réveil d'une infection ou d'une intoxication ancienne. Lorsqu'un sujet présente un épisode pulmonaire aigu à type bronchite, le médecin n'aura pas l'idée a priori de pratiquer un examen radiologique ou une recherche des B. K. Si au contraire il apprend que ce malade a déjà présenté des manifestations tuberculeuses, il sera beaucoup plus réservé avant d'affirmer qu'il ne s'agit là que d'une simple bronchite. D'où selon les cas une mise en observation, une surveillance de la température et du poids, ou même en cas de doute un examen radioscopique. Lorsqu'un sujet accuse des douleurs précordiales vagues qui le feraient volontiers considérer comme neuro-végétatif, et que l'examen physique ne présente rien d'anormal, il sera prudent de pratiquer un B-W et une radio de l'aorte si l'on apprend que ces troubles surviennent sur un terrain syphilitique.

Ensuite parce que l'on est en droit de se demander quelles vont être les répercussions réciproques du terrain

sur la maladie actuelle et vice-versa. Une maladie peut présenter une symptomatologie profondément altérée par le terrain, telle par exemple la pneumonie du vieillard ou de l'alcoolique. Il faut, d'autre part, se demander si cette maladie ne va pas réveiller des lésions en sommeil (réveil d'une tuberculose à la suite d'une maladie anergisante).

Enfin lorsque le praticien en viendra à discuter l'orientation thérapeutique, il sera là encore obligé de tenir compte du terrain. Tel médicament qui convient au traitement de la maladie est incompatible avec un terrain qu'il risque d'aggraver, et souvent le médecin sera obligé de traiter à la fois la maladie et le terrain.

Ce dernier reste donc très différent de l'étiologie. Celle-ci est l'origine directe des troubles constatés. Le terrain est une modification profonde de l'organisme dans la manière de se comporter ; il sensibilise ou immunise, déforme la symptomatologie et nous avons vu le retentissement mutuel du terrain et de la maladie. Les processus susceptibles de retentir profondément sur l'organisme sont assez nombreux. Aussi n'envisagerons-nous ici que ceux qui pourront être dépistés par l'interrogatoire, les antécédents et les signes généraux et qui présentent entre eux quelques caractères communs : la fréquence avec laquelle on les rencontre, le polymorphisme de leurs manifestations, l'importance du retentissement qu'ils ont sur l'organisme avec toutes leurs conséquences diagnostiques et thérapeutiques, la possibilité qu'ils ont de se transmettre par hérédité et de pouvoir se retrouver souvent sous des aspects variables chez nombre de membres de la même famille. La variabilité de leur symptomatologie admet pour origine une cause identique contre laquelle il faudra lutter. Les quelques minutes que le praticien aura passées à déceler ou non l'existence de certains de ces terrains sont donc bien loin d'être inutiles. Avant de passer à l'examen physique, le médecin pourra se dire que le malade se présente ou non comme un tuberculeux possible, comme un syphilitique ancien ou comme un arthritique, et il sera

poussé à dresser le bilan des troubles que ces processus ont pu déterminer chez ce malade, en s'aidant si besoin est des examens complémentaires. La constatation de ces terrains peut permettre au médecin de dépister au début une lésion alors qu'elle ne se traduit pas encore par des signes physiques en s'aidant d'examens radiologiques ou biologiques qui permettront de la rattacher à sa cause.

Faire un diagnostic de bronchite aiguë chez un malade présentant un tableau typique de cette affection est faire un Diagnostic exact ; mais négliger que ce malade a présenté autrefois un chancre et qu'il est porteur d'une aortite syphilitique, c'est faire un Diagnostic incomplet. connaître insuffisamment le patient et l'empêcher de traiter dès maintenant des troubles contre lesquels il sera peut-être impossible plus tard d'agir par une thérapeutique efficace. Nous avons cherché à schématiser quelques grands cadres qui, comme tous les schémas, ont l'inconvénient d'être incomplets, mais dont le praticien peut tirer d'utiles arguments pour le Diagnostic, et nous étudierons successivement comment rechercher chez le malade les troubles par lesquels ils se manifestent.

Ce sont les terrains : tuberculeux, syphilitique, arthritique, déficients, normaux.

Les trois premiers constituent aujourd'hui des cadres suffisamment précis pour qu'il soit inutile de les définir. Mais ces trois processus éliminés, nous croyons utile pour le praticien de séparer tous les autres malades en deux grandes catégories qui, pour être très hétérogènes, n'en fournissent pas moins des conclusions d'ordre pratique. La constatation d'un terrain déficient doit faire suspecter au médecin une maladie organique grave ; elle le rend méfiant avant de porter un Diagnostic facile mais non satisfaisant pour l'esprit, et insuffisant à expliquer les troubles mis en évidence chez le malade. Elle oblige le médecin à s'entourer de toutes les garanties possibles avant d'affirmer son Diagnostic, et au besoin, à formuler un Diagnostic d'attente et à mettre le patient en observation.

Dire qu'un malade présente un terrain normal, c'est faire une constatation négative mais non sans valeur : c'est savoir que jusqu'à maintenant, il a résisté à certains processus ; c'est éviter de pouvoir se reprocher ultérieurement une erreur par méconnaissance du terrain. Certes, il existe encore bien d'autres terrains, et pour n'en citer qu'un, le terrain neuro-végétatif. Seulement, il ne peut être décelé qu'après examen complet du malade et le meilleur signe n'est-il pas précisément la discordance entre les signes fonctionnels accusés et l'absence de signes physiques constatés ?

Aussi un tel diagnostic ne saurait-il être qu'une conclusion, un jugement porté sur le malade qui ne peut l'être qu'en toute connaissance de cause, c'est-à-dire après constatation des signes physiques et interprétation des symptômes.

Pour chacun des trois grands terrains : syphilitique, tuberculeux, arthritique, la technique de l'examen sera la même :

Rechercher chez tout malade les troubles fondamentaux susceptibles de les caractériser.

En présence de l'un d'eux, dresser le bilan complet des désordres provoqués sur les différents appareils en s'aidant si besoin est d'examens complémentaires.

I. — *Le terrain tuberculeux*

Nous croyons inutile d'insister sur sa fréquence et sur l'étroitesse de la parenté qui unit ses différentes manifestations et nous n'en voulons pour preuve que les quelques exemples suivants :

— L'extrême fréquence avec laquelle chez un tuberculeux on retrouve des antécédents bacillaires personnels, héréditaires ou collatéraux.

— Les réserves que l'on apporte sur l'avenir immédiat du pleurétique, en raison de la fréquence des altérations

parenchymateuses pulmonaires dans les mois qui suivent cette maladie.

— La statistique des arthrites et synovites tuberculeuses dans les antécédents desquelles on retrouve :

Dans 20 % des cas, une atteinte parenchymateuse ;

Dans 20 % des cas, une atteinte pleurale (Ch. Clavel et G. Goumet), cette dernière précédant en général de moins de vingt-cinq mois la localisation ostéo-articulaire. Nous croyons de tels chiffres suffisamment éloquentes par eux-mêmes pour se passer de commentaires.

Nous insisterons, par contre, sur l'importance des conséquences que trouve le médecin dans l'existence ou non d'un terrain tuberculeux. Car en présence d'un tel problème, il doit éviter un double écueil : passer à côté du diagnostic de tuberculose en empêchant le malade de profiter des avantages d'une thérapeutique précocement instituée, ou au contraire, traiter comme bacillaire un malade porteur de lésions bénignes non tuberculeuses susceptibles de guérir sans engager l'avenir du patient. Dans le premier cas, on aggrave considérablement le pronostic de l'affection. On oblige ultérieurement le malade à un traitement beaucoup plus prolongé quand encore on n'a pas retiré au pneumo ou au sana leurs chances respectives de succès. On expose involontairement son entourage à une cause de contamination qu'il ignore et dont l'avenir pourra révéler toute la gravité. Dans le deuxième cas, on risque de briser une carrière, d'interrompre des études d'un intérêt parfois considérable pour le malade, et cela pour une durée indéterminée, on grève lourdement un budget par des sacrifices pécuniers, on jette la suspicion sur une famille, on ajoute à des troubles organiques le retentissement psychique qu'entraîne chez le malade la perspective d'une existence instable et d'un avenir assombri. Il suffit d'avoir jugé les répercussions de l'éventualité d'une cure sanatoriale, d'avoir envisagé sur soi-même le retentissement qu'aurait entraîné une telle perspective pour comprendre toute l'importance d'un jugement aussi lourd de conséquences. Et la

difficulté d'un tel problème se grève d'une part du fait que la plupart des symptômes enregistrés ne sont pas pathognomoniques et prêtent à discussion, et d'autre part du fait que la tuberculose est parfois latente à son début comme le prouve par exemple la découverte d'une lésion pulmonaire au cours d'un examen fortuit. Mettre en évidence un terrain tuberculeux, c'est montrer la lutte qu'un organisme a dû engager avec une affection qui diminue la résistance ultérieure, c'est suspecter la stabilité d'une guérison que risque d'ébranler une nouvelle atteinte, c'est obliger le malade à une vie réglementée, ralentie, qui retentira pendant longtemps sur son activité.

Comment le praticien va-t-il déceler l'existence du terrain tuberculeux ?

D'abord par l'*interrogatoire* concernant le passé *pleuro-pulmonaire* :

- Episodes bronchiques à répétition,
- Hémoptysies,
- Pleurésie et non pleurite, ce dernier diagnostic étant souvent employé abusivement,
- Examens radiologiques antérieurs, en précisant à quelle occasion ils ont été pratiqués ; les conclusions thérapeutiques qui en ont été tirées,
- Recherche possible des B. K.,
- Séjours en sanatorium, etc., en demandant les conditions dans lesquelles il a été décidé.

Le passé *ostéo-articulaire* :

Mal de Pott, coxalgie, hydarthrose, et d'une façon générale toute atteinte articulaire.

En cas de réponse positive, discuter l'origine de l'arthrite qui peut avoir été non bacillaire (gonococcique par exemple).

Ensuite par l'étude des *antécédents héréditaires*, collatéraux : frères et sœurs décédés de méningite ; familiaux : conjoint, enfants, etc.

Enfin par l'étude des signes généraux Température et

Poids qui permettront de juger de l'état de résistance de l'organisme, de l'existence ou non de poussée évolutive. Certes, l'existence de ces derniers symptômes n'est pas particulière à la tuberculose, mais leur constatation est toujours suspecte, surtout chez un adulte jeune, lorsqu'on ne trouve aucune cause susceptible de les justifier. Tous les orthopédistes ont insisté sur le fait que les malades atteints d'arthrite tuberculeuse restent avant tout des tuberculeux chez lesquels il faut toujours redouter une dissémination (poumons, méninges).

L'interrogatoire détermine si le malade a déjà présenté ou non des manifestations tuberculeuses, l'étude des signes généraux fixe sur leur caractère actuel d'évolution.

L'absence de toute manifestation tuberculeuse antérieure est peu en faveur de l'origine bacillaire des troubles éprouvés par le malade et sans l'éliminer d'une manière absolue, constituera un élément dont il s'agira de discuter la valeur.

La constatation d'un terrain tuberculeux oblige le médecin :

- 1° A rechercher l'état des poumons ;
- 2° A faire le bilan des lésions possibles en s'aidant de la *radio*, des recherches de laboratoire (B. K.);
- 3° A discuter la part qui peut revenir à la tuberculose dans les troubles accusés par le malade, même si l'examen physique est négatif, à mettre le malade en observation et à réserver le Diagnostic. Peut-être un examen radiologique pratiqué ultérieurement montrera-t-il l'existence d'une lésion à son début. Le fait de n'avoir pas méconnu le terrain sur lequel elle évoluait aura permis d'en déterminer l'origine et d'en fournir le Diagnostic exact.

II. — *Le terrain syphilitique*

Le terrain syphilitique n'a exactement précisé ses limites que le jour où les réactions humorales ont permis d'en signer l'origine. Il se caractérise :

— Par sa fréquence,

— L'extrême polymorphisme de ses manifestations : la maladie d'Hodgson, l'anévrysme de l'aorte, le tabès, la paralysie générale, pour n'en citer que quelques-uns constituent des localisations spécifiques du Tréponème. Un ictère, une albuminurie massive, une réaction méningée, des éruptions à type psoriasiforme peuvent laisser le médecin hésitant jusqu'au jour où un BW positif vient en signer la nature,

— Par le retentissement profond qu'il entraîne dans l'organisme du sujet atteint et dans sa descendance.

La méconnaissance de ce terrain serait d'autant plus lourde que le traitement n'aura son maximum d'efficacité que s'il a été institué précocement.

Par l'interrogatoire, le praticien pourra obtenir des renseignements souvent utiles. Il n'oubliera cependant pas l'aversion de certains malades par un aveu qui leur est pénible, les protestations de certains autres que viendront infirmer l'examen, la méconnaissance profonde de beaucoup sur les dangers que comporte l'atteinte par le tréponème.

Lyonnet a rappelé qu'à une interrogation brusque, précise, sans précautions oratoires, succède souvent, par une sorte de réflexe, une réponse négative. Un malade est presque fier de reconnaître des excès alcooliques, tabagiques, génitaux, il a honte d'avouer un chancre. Il faut par quelques phrases bien appropriées, inhiber en quelque sorte son premier mouvement, lui montrer que certains renseignements intimes sont indispensables, que le médecin est le « tombeau des secrets », que la syphilis est un accident malheureux, un mauvais numéro qui sort à une loterie où beaucoup ont pris des billets... Le patient a le temps de réfléchir, et il fera ensuite toutes les confessions nécessaires.

Avant de s'enquérir d'une ulcération génitale possible, le médecin aura souvent intérêt à rechercher les antécédents gonococciques plus volontiers accusés par le malade.

Nous nous souvenons d'un malade qui présentait un double souffle aortique, que n'expliquait aucun antécédent rhumatismal. Questionné au point de vue vénérien, le client nous déclara n'avoir jamais rien constaté. Comme la réponse ne nous satisfaisait pas, nous pûmes faire préciser qu'il avait présenté plusieurs échauffements et une ulcération à la verge, mais qu'il n'y avait jamais attaché d'intérêt, vu sa disparition en trois semaines. Le malade était donc vraisemblablement un spécifique, comme vint ultérieurement le confirmer un B.W.

Il faudra rechercher en outre :

— Les accidents cutanés possibles,

— L'existence ou non de prises de sang antérieures, les motifs qui les ont provoquées, les résultats obtenus ainsi que le traitement suivi,

— Les traitements prolongés par piqûres intra-veineuses ou intra-musculaires, en s'efforçant de faire préciser le produit injecté, en s'informant du lieu d'injection et de la couleur de l'ampoule lorsque le nom du produit a été oublié. Le malade a pu en effet présenter autrefois des lésions caractéristiques ayant nécessité un traitement anti-syphilitique. (D'où l'intérêt des carnets de traitement que possèdent aujourd'hui les malades.)

On n'oubliera pas deux causes d'erreur :

— La possibilité d'un traitement d'épreuve pour des lésions dont la nature n'était que suspectée.

— La possibilité de l'emploi du produit incriminé pour des troubles non syphilitiques (Novarsénozensol comme traitement du zona, par exemple).

On s'enquerrera par ailleurs de l'état de santé du conjoint (les rapports d'un syphilitique ayant presque sûrement entraîné la contamination) et de la descendance : état de santé des enfants (morts né, F. c.; etc.).

L'absence des indices susceptibles de mettre en évidence la Syphilis est insuffisante pour éliminer cette hypothèse, et la constatation de troubles suspects à l'examen amènera parfois la découverte d'une syphilis.

La constatation de signes de suspicion devra amener le praticien en cas de doute à s'entourer de tous les éléments susceptibles de l'éclairer. La certitude obligera le médecin à rechercher le bilan des troubles provoqués par l'infection dans l'organisme, en particulier par l'examen physique complet (cœur, foie, reins, troubles nerveux) et par les examens spéciaux *biologiques* (B. W. dont la négativité est insuffisante à elle seule pour éliminer la spécificité) et si besoin est P.L. B.W.

Benjoin

Hyperalbuminose, Hyperlymphocytose, etc...
parfois *radiologiques* (I.A, ectasie ou aortite par exemple).

III. — *Le terrain arthritique*

Le terrain arthritique est caractérisé avant tout :

— Par son extrême polymorphisme : l'urticaire, l'œdème de Quincke..., les coryzas spasmodiques, l'asthme, la migraine, la goutte, les lithiases biliaire et urinaire constituent autant de troubles variés d'un même terrain.

— La pauvreté des examens spéciaux pour en faire la preuve, car il n'existe pas pour l'arthritisme des critères analogues à la recherche des B.K. ou à la réaction de Wassermann.

— Sa transmission héréditaire en tant que terrain, les manifestations étant susceptibles de varier selon les sujets.

Et il n'est pas sans intérêt de noter, sous une forme nouvelle, le retour à la notion de diathèse et d'idiosyncrasie sur laquelle avaient insisté les cliniciens du siècle dernier. Les travaux modernes ont montré la possibilité de grouper ces accidents selon leur modalité réactionnelle « à laquelle s'appliquent quelles que soient les localisations, les mêmes ressources thérapeutiques. » Prof. Bezançon.

Le Docteur Jacquelin, dans les Directives en pratique médicale auquel nous empruntons ce passage, fixe la classification en :

- Réactions vaso-motrices.
- Réactions exsudatives.
- Syndrômes liés à des fixations auto-toxiques.

Il nous est impossible ici d'en énumérer toutes les manifestations et nous renvoyons le lecteur qui désirerait une étude complète à l'ouvrage ci-dessus. Nous nous contenterons d'en citer quelques-unes parmi celles que le praticien aura le plus souvent l'occasion de rencontrer et qui se rattachent à l'arthritisme d'une façon étroite.

Parmi les *réactions vaso-motrices*:

- Les coryzas spasmodiques.
- Les laryngo-trachéites spasmodiques.
- L'asthme dans ses formes vaso-motrices.
- L'œdème de Quincke et l'urticaire.
- La plupart des cas de migraine *vraie*.
- La maladie de Raynaud.

Parmi les *réactions exsudatives* : les bronchites et rhinites exsudatives l'eczéma suitant, l'entéro-colite muco-membraneuse.

Parmi les syndrômes liés à des *fixations auto-toxiques* certains syndromes nerveux (névrites, syndromes angineux, céphalée) ou parenchymateux (foie, reins) artériels (artériosclérose) ligamento-cellulitiques et élastopathique (sclérose » « L'arthritisme nous apparaît aussi sous un de ses aspects fondamentaux : celui de diathèse sclérosante » Jacquelin.

La modalité de réaction du malade est très variable selon les cas. Certains se présentent comme des colloïdoclasiques, d'autres se comportent comme des exsudatifs, et il faut insister sur le rôle souvent heureux des exsudations qu'il faut respecter ; c'est fréquemment au moment où elles disparaissent que l'on voit apparaître les troubles de saturation auto-toxique.

Nous allons maintenant voir en présence de chacune

de ses manifestations quels sont les éléments qui permettent au praticien d'en faire le Diagnostic.

Pour les réactions *vaso-motrices* :

1) L'existence d'accès paroxystiques sous l'influence de causes toujours identiques (saison, genre de vie, alimentation).

2) leur caractère hautement paroxystique.

3) L'existence d'une forte éosinophilie sanguine.

4) L'épreuve du traitement (adrénaline surtout).

Pour les réactions *exsudatives* :

1) Les antécédents personnels et héréditaires d'ordre exsudatif et arthritique.

2) Notions d'alternance morbide qui permettent de rattacher à leur véritable cause des manifestations exsudatives atypiques.

3) Le terrain constitutionnel lymphoïde.

4) Les caractères généraux des manifestations (causes déclanchantes, produits exsudés).

5) L'épreuve thérapeutique.

Pour les *syndrômes de fixation anti-toxique* :

1) Le type morphologique.

2) Les antécédents arthritiques.

3) L'épreuve du traitement

trépied symptomatique qui permettra de rattacher ces manifestations à leur cause. La diathèse nous apparaît donc comme « une tendance permanente ou tout au moins prolongée à des manifestations répétées du même ordre » Jacquelin.

Nous regrettons que le cadre de cette étude ne nous permette pas d'accorder une place plus grande à un terrain d'une telle importance, et nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage du Dr Jacquelin auquel nous avons emprunté cette documentation.

Il nous reste enfin à voir comment le médecin va

diriger des investigations concernant la diathèse arthritique. Deux points sont à noter :

— L'extrême polymorphisme des manifestations.

— L'insuffisance des procédés biologiques pour étayer le diagnostic.

Donc, en pratique, au lieu de rechercher systématiquement l'arthritisme comme la tuberculose ou la syphilis, le praticien sera amené à en rechercher les manifestations lorsque les troubles incriminés seront en rapport certain ou possible avec cette diathèse, en s'aidant du trépied diagnostique qui permettra de la mettre en évidence.

Le médecin n'oubliera pas l'antagonisme des deux terrains : tuberculeux et arthritique. Certes, il n'est pas absolu, et une contagion massive chez un arthritique pourra provoquer l'apparition de lésions tuberculeuses ; mais chez un tel malade, l'évolution en sera bien particulière : apyrétique, scléreuse, non évolutive, et la notion de l'opposition qui existe entre ces deux processus conserve toute sa valeur en pratique. Enfin, quelles que soient les manifestations, elles présentent entre elles un certain nombre de liens et un même base, et si le traitement est différent selon le mécanisme envisagé, la diathèse est la même et nécessitera en plus du traitement de la manifestation envisagée les prescriptions d'hygiène et de régime qui en sont le complément nécessaire.

IV. — *Le terrain déficient*

A l'opposé des trois terrains précédents que l'on peut considérer comme des entités définies, les terrains déficients forment un groupe hétérogène, caractérisé par l'altération de l'état général. Ils constituent un moyen commun pour le praticien de classer les malades et comportent des conséquences pratiques. Cette déficience du terrain que traduit l'altération de l'état général peut admettre des origines extrêmement variables : tantôt diminution temporaire de la résistance du terrain à la suite de maladies ancrées

gisantes (coqueluche, rougeole, grippe) ou à la suite d'une injection intempestive de T.A.B., de grossesses répétées ou de surmenage excessif, tantôt par intensité de l'infection par exacerbation microbienne contre laquelle l'organisme ne résiste qu'insuffisamment, tantôt intoxication (diabète, alcoolisme) tantôt absence de moyens de défense de l'organisme contre le processus (néoplasme par exemple). Dans tous les cas, étant donné le retentissement de ce processus sur l'état général, il existe une cause organique qu'il importe de déceler par l'examen, et si, en dernière analyse on ne la trouve pas, le médecin est autorisé à pratiquer tous les examens complémentaires susceptibles de l'éclairer.

Cliniquement, ce qui importe donc, c'est de mettre dès ce moment en évidence la déficience du terrain ; ce sera le rôle de l'examen de déterminer la cause et de justifier sa répercussion sur l'état général. Pratiquement, on peut les diviser en deux catégories, selon qu'on les observe au cours d'états aigus ou chroniques.

Au cours des états aigus, les renseignements seront fournis par d'abord la température et le pouls, la tension artérielle, le faciès, accessoirement la langue, les urines.

La température, dans la règle, est extrême : soit hyperthermique (intensité de l'infection) soit hypothermique et dans ce cas, dissociée d'avec le Pouls. Ce dernier est *rapide*, mal frappé, souvent arythmique ; la tension artérielle est basse, la différentielle écrasée, le *faciès* altéré, les urines rares. Ce qui importe le plus, c'est de surveiller l'évolution d'heure en heure. Un autre caractère, c'est le contraste qui existe entre la sévérité de signes généraux et la discrétion des signes fonctionnels et physiques, discrétion qui ne doit pas faire méconnaître la gravité de l'affection. On peut les observer au cours des affections médicales (infection chez les tarés) ou chirurgicales, et dans ce dernier cas, la pauvreté des signes fonctionnels et physiques ne doit pas faire perdre de vue l'urgence de l'intervention.

Du point de vue pratique, ces états comportent une

sanction thérapeutique : relever l'état général, traiter la cause lorsque c'est possible, réduire le choc opératoire au minimum (anesthésie locale, faire vite, et juste ce qui est indispensable.)

Au cours des états chroniques, les renseignements seront fournis avant tout par la température, l'amaigrissement, l'anémie, accessoirement : le faciès, le pouls, l'asthénie, les sueurs.

Ce qui fait l'intérêt des trois premiers symptômes, c'est la possibilité de pouvoir les noter avec précision, et surtout de les comparer aux examens antérieurs. Ces trois symptômes sont susceptibles de variations dites physiologiques, c'est-à-dire qu'il serait possible d'expliquer sans l'intervention d'un processus morbide (mode de vie, alimentation, etc...) Mais dans ces cas, ou bien les variations sont peu marquées, ou bien elles sont importantes, mais alors elles ne durent pas et les examens pratiqués quelques semaines plus tard montrent un retour au chiffre initial ou tout au moins un arrêt avec esquisse de retour à l'état normal. La température passerait parfois inaperçue dans les états subfébriles ; elle signe l'existence d'une infection parfois cachée qu'il importe de déterminer.

L'amaigrissement continu et important indique un processus retentissant profondément sur l'organisme, et peut constituer le premier signe d'une tumeur néoplasique ; au contraire la reprise du poids après une baisse plus ou moins marquée tend à éliminer cette hypothèse.

L'anémie peut être déterminée par ses signes cliniques, décoloration des muqueuses, pàleur des téguments, accélération du pouls et surtout dans les cas importants par la numération globulaire qui permet de suivre progressivement les modifications de la formule sanguine et même de la prévoir (formule de régénération).

En résumé, ce qui caractérise les terrains déficients, c'est :

— L'altération de l'état général.

— Le caractère progressivement évolutif des signes généraux.

— Le caractère souvent atypique des signes fonctionnels et physiques.

— La nécessité de recourir aux examens spéciaux si la cause ne peut être mise en évidence par la clinique seule.

— La nécessité de traiter la cause et de remonter à l'état général.

V. — *Le terrain normal*

On peut entendre par terrain normal tout terrain qui n'a pas été modifié d'une manière durable par un processus qu'il soit possible de mettre en évidence. C'est donc dans ces cas que la symptomatologie revêtira son allure la plus typique, car elle ne se trouvera pas altérée par un quelconque des facteurs que nous avons jusqu'alors envisagés. Comme nous l'avons vu, classer un malade dans cette catégorie, c'est faire un Diagnostic de terrain par élimination, mais c'est affirmer que ce malade ne se présente ni comme un tuberculeux, ni comme un syphilitique ou un arthritique avéré. C'est également constater que son état général n'a pas subi le retentissement des troubles accusés par le malade. Ce n'est pas éliminer forcément une affection grave, ou une affection organique, mais c'est déjà rejeter certaines hypothèses.

Au cours de ce chapitre sur le terrain, nous avons été amenés à remarquer que le médecin pour cette étude n'était pas amené à rechercher des signes complexes ou inédits, mais seulement à grouper les renseignements fournis par l'interrogatoire, les antécédents, les signes généraux, pour en tirer des arguments d'ordre pratique.

Nous avons signalé également que le clinicien devait rechercher systématiquement certains terrains à manifestations multiples susceptibles de modifier les réactions du malade (tuberculose, syphilis) et nous avons vu qu'il était

possible de se faire rapidement une opinion sinon certaine, du moins suffisante pour fournir des éléments particulièrement utiles. Cette méthode peut paraître fastidieuse ou inutile dans un cas simple ; elle pourra le paraître jusqu'au jour où l'on s'apercevra que, pour l'avoir négligée, on aura méconnu un facteur important du Diagnostic. Car c'est seulement en examinant complètement le malade qu'on sera parfois amené à rattacher à une cause imprévue les troubles envisagés, c'est en suivant systématiquement les étapes successives que le médecin arrivera à ne rien méconnaître et dans la mesure où c'est possible, à éviter l'erreur.

CHAPITRE V

L'EXAMEN DU MALADE

L'examen du malade constitue le 3^e élément de l'étape analytique du Diagnostic, mais c'est de beaucoup le plus important. L'interrogatoire a déjà permis dans une certaine mesure d'orienter le Diagnostic : soit que le malade attire l'attention sur un organe bien déterminé, soit que la multiplicité des troubles accusés ou leur caractère trop atypique et leur discordance fasse envisager l'hypothèse de troubles neuro-végétatifs. Mais il ne s'agit que d'une présomption dont il ne faut pas perdre de vue le caractère aléatoire sous peine de risquer de fausser les résultats de l'examen.

Ce sera précisément au moment de l'étape synthétique qu'il sera possible de rechercher à interpréter les signes fonctionnels en se basant sur les résultats fournis par l'examen. L'étude du terrain a par ailleurs permis de voir comment le malade a réagi jusqu'alors en présence des processus contre lesquels il a eu à lutter, et par conséquent, de prévoir dans une certaine mesure ses réactions actuelles et le caractère atypique des symptômes que pourrait déceler l'examen.

Comme les signes fonctionnels, les signes physiques présentent un certain nombre de caractères qui leur sont communs.

I. Ils sont *objectifs*, et c'est ce qui constitue leur gros avantage sur les signes fonctionnels. Ils ne se présentent pas au médecin altérés par l'image déformée que le malade s'en fait. Alors que les mêmes signes fonctionnels enregistrés par plusieurs patients pourraient aboutir à autant de

descriptions différentes, et par là même ne constituer que des témoignages fragiles pour le Diagnostic, les signes physiques sont des arguments sur lesquels on peut tabler avec certitude. Le médecin a la possibilité de les enregistrer avec un confrère dans les cas délicats ; leur interprétation sera peut-être différente, mais le point de départ sera identique, basé sur des symptômes contrôlables.

Mais, du fait de l'importance des conséquences qui en découlent, il faut dans leur enregistrement éliminer toute possibilité d'erreur. D'où l'obligation de connaître exactement en quoi consiste le signe enregistré, les conditions dans lesquelles il doit être recherché, la totalité des hypothèses ou des déductions que l'on peut en tirer. Car s'il est relativement facile de redresser un Diagnostic de présomption basé sur l'interprétation aléatoire d'un signe fonctionnel, il est beaucoup plus difficile de le faire lorsqu'il est étayé par un signe physique que l'on a cru mettre en évidence, précisément en raison de l'importance qu'entraîne sa constatation. On ne saurait donc s'entourer de trop de précautions dans l'enregistrement des signes physiques. D'où la nécessité d'une bonne méthode d'examen, de bonnes conditions matérielles et techniques.

En présence d'un malade dyspnéique, la constatation d'un bruit de galop vient traduire l'insuffisance ventriculaire gauche. Encore faut-il ne pas avoir pris pour un bruit de galop un dédoublement du premier bruit qui ne permettrait pas d'aboutir aux mêmes conclusions. Dans un tel cas, l'erreur provient non de l'interprétation du signe envisagé, mais de son enregistrement.

II. Leur *constatation ne présume pas de la date* à laquelle ils ont apparus, ni *du rapport* qu'ils présentent avec les troubles actuels. Le signe objectif enregistré est dans la règle en rapport direct avec les troubles accusés par le malade. Ex. : rétrécissement mitral chez un hémoptoïque. Mais parfois le malade est porteur de deux maladies et il s'agit alors de savoir à laquelle des deux se rattachent les troubles fonctionnels. Cas, par exemple, d'un hémoptysie

avec lésions pulmonaires et rétrécissement mitral : s'agit-il d'une hémoptysie tuberculeuse ou par artérite ? Intérêt diagnostique, pronostic et thérapeutique.

L'examen peut enfin mettre en évidence un processus ancien sur lequel l'attention n'a pas été attirée. C'est le cas par exemple d'un malade amené dans le coma à l'hôpital à la suite d'un accident : il présentait une luxation du genou qui s'avéra irréductible. On apprit ultérieurement que cette luxation remontait à 10 ans auparavant. C'est le cas également des blessures survenant au niveau d'une région antérieurement traumatisée, lorsque pour une raison ou pour une autre le premier traumatisme est méconnu.

III. Il n'est possible de les interpréter que lorsque l'examen a été complet, l'importance relative attachée au symptôme proportionnelle à sa valeur réelle, le résultat de l'examen physique comparé aux données fournies par les autres temps de l'examen. L'enregistrement des signes physiques conserve toute sa valeur ; mais pour en déterminer la signification, il faut les comparer aux autres éléments du Diagnostic. Lorsqu'il y a erreur, et que la technique est impeccable, il ne peut s'agir que d'une erreur d'interprétation d'autant plus grave que le point de départ du raisonnement repose sur une base juste. Tous les auteurs sont d'accord pour proclamer que l'examen du malade doit être complet, car il n'est pas de médecin qui, tout au moins au début, n'ait commis une erreur, faute d'un examen suffisamment approfondi du malade. Combien de Diagnostics erronés, que l'évolution oblige à redresser parfois trop tard, alors que l'examen n'a quelquefois pas été pratiqué : cancer utérin ou rectal que l'on a laissé passer... faute d'un toucher, syphilis méconnues alors qu'il eût été possible de les mettre en évidence, maladie que l'on a diagnostiqué trop tardivement, faute d'y avoir pensé et d'en avoir recherché les symptômes. Les hypothèses que soulèvent les symptômes accusés sont parfois très nombreuses, le rapport de cause à effet est parfois difficile à déceler ; aussi comme on ne saurait demander

au médecin de les avoir toutes présentes à l'esprit à l'instant même où il en a besoin, l'examen méthodique des divers appareils constitue pour lui le seul moyen de se mettre à l'abri d'une omission. Un fait est acquis dans le cadre de l'observation et de l'enregistrement symptomatique : l'erreur dépend à peu près toujours d'un oubli (Jourdan). De son côté Martinet estime que : « l'insuffisance d'examen est de beaucoup la cause la plus fréquente des erreurs de Diagnostic ».

Mais, d'autre part, l'examen complet se heurte en pratique pour le praticien à un certain nombre de difficultés. Psychologie du malade qui comprend mal que l'on recherche le signe de Babinski lorsqu'il vient consulter pour une bronchite, perte de temps lorsqu'il s'agit d'examiner un nombre relativement considérable de malades dans des délais forcément limités, difficultés d'ordre variable (matériel, technique, financier) qui obligent à réserver certaines investigations à un nombre limité de malades.

Par ailleurs, il ne faudrait pas tomber dans l'exagération contraire et se livrer à des inspections inutilement prolongées. On ne voit pas a priori chez un cancéreux cachectique l'intérêt qu'il peut y avoir à un examen approfondi susceptible de le fatiguer, alors que le Diagnostic, l'impossibilité de tout traitement curatif et l'évolution de l'affection sont parfaitement connus et non douteux. S'il est incontestable que certains cancers du rectum ne sont diagnostiqués que tardivement, faute d'un toucher précoce, il n'en faudra pas conclure à la nécessité du toucher rectal systématique chez tout malade, ou même chez tout névropathe dont l'état général, l'absence de troubles locaux permet d'éluder cette hypothèse, excepté le cas où cet examen serait nécessaire pour le rassurer. Il en est de même pour le toucher vaginal. Certains examens n'ont d'intérêt à être pratiqués que lorsque l'attention a été attirée sur l'organe qu'ils permettent d'explorer, lorsqu'on est en droit de suspecter son atteinte ou encore quand l'examen n'a pas encore permis de déceler l'origine des

symptômes mis en évidence. D'où la conclusion qu'en tout état de cause il faut rester éclectique, poser l'indication de certains examens à bon escient et que pour employer le proverbe connu : « L'excès en tout est un défaut. »

Si bien qu'en pratique, la question gravite autour du problème suivant : savoir poser les indications d'un examen approfondi ou de recherches complémentaires. Or il est deux points qui peuvent servir de bases au praticien. Il est un certain nombre de signes physiques qu'il est possible de rechercher chez tous les malades sans matériel spécialisé ni perte de temps et qui permettent de se faire une idée suffisante sur le fonctionnement des principaux organes. Il lui est possible à partir de ces symptômes de poser les indications d'examens plus approfondis ou de recherches complémentaires. Ce qui importe avant tout, c'est de rechercher les signes fondamentaux ; le résultat de l'examen se solde par un certain nombre de résultats positifs et négatifs ; la constatation d'un signe positif oblige à l'étude complète de la fonction sur laquelle l'attention se trouve attirée. La constatation d'un signe négatif n'autorise à limiter les investigations que si le bilan des troubles constatés permet d'expliquer intégralement les troubles fonctionnels et s'il ne reste aucun point douteux qu'il n'ait été possible d'expliquer. En cas de doute, il ne faut pas s'abstenir et poursuivre les investigations. Il ne faut pas oublier que l'examen total est d'autant plus nécessaire que les travaux modernes ont insisté sur le retentissement mutuel des fonctions les unes sur les autres et qu'il est souvent délicat de savoir quelle a été la première qui a été perturbée (fonctions cardio-rénales, glandes endocrines, troubles neuro-végétatifs, etc.).

En résumé, l'examen du malade se fait en trois étapes :

Une première étape consiste à examiner successivement les principaux appareils et à poser les indications ou non d'examen plus poussé.

La deuxième étape consiste à examiner complètement l'appareil incriminé lorsque le premier examen n'a pas

permis de se faire une opinion définitive ; c'est ici que les examens complémentaires peuvent être indiqués et prennent toute leur valeur.

La troisième étape, qui n'a lieu que lorsque le Diagnostic est déjà fait, consiste à rechercher tous les troubles produits par le processus en question afin de faire le bilan définitif.

En ce qui concerne la première étape de l'examen, il faut insister sur la nécessité de s'attacher à la recherche des signes fondamentaux susceptibles d'orienter le Diagnostic. Il ne faut pas au début s'apesantir sur la constatation de symptômes d'intérêt secondaire, insuffisants en eux-mêmes à aiguiller le diagnostic, tout au plus capables de le rendre plus délicat, sinon de l'aiguiller sur une fausse route. Nous aurons plus loin l'occasion de parler des examens complémentaires, de leurs indications, des services qu'ils sont capables de rendre, mais il faut remarquer dès maintenant que ces examens ne retirent en rien de leur valeur aux moyens classiques d'examen qui « ne doivent pas disparaître devant les explorations plus récentes » (Lyonnet).

Même lorsque l'examen complet ne se solde que par un inventaire absolument négatif, le médecin n'a pas perdu son temps et précisément cette absence de troubles organiques présente encore un intérêt considérable.

Nous n'avons nullement l'intention d'étudier ici les multiples symptômes qui sont à rechercher lors de l'examen du malade. Ils sont décrits avec toute la précision voulue dans les nombreux manuels de Diagnostic et de sémilogie, et, d'autre part, leur étude nous ferait sortir du cadre de la question. Nous avons seulement désiré, à l'aide d'une révision rapide, rappeler les principaux temps de l'examen sans entrer dans le détail de l'étude des symptômes propres à chaque fonction et nous nous contenterons d'énumérer à l'occasion d'un malade médical ou chirurgical les principaux temps de l'examen sans avoir la prétention d'en faire l'étude. Nous signalerons cependant que la

distinction entre examen médical et chirurgical est un peu théorique, et que dans les deux cas l'examen doit être complet; l'orientation peut être variable, mais dans l'ensemble, la technique reste la même. L'examen médical comprend l'étude de tous les appareils de l'économie; l'examen chirurgical insiste avant tout sur l'étude des signes locaux. Si la clinique s'est enrichie de nouveaux modes d'investigation parfois délicats à rechercher ou nécessitant un matériel spécialisé, il n'en reste pas moins acquis que les examens les plus simples aujourd'hui perfectionnés conservent l'énorme avantage de pouvoir être recherchés par tout praticien dans toutes les circonstances et qu'il faut s'efforcer d'en tirer tous les arguments possibles. C'est surtout ces symptômes qui retiendront notre attention à cause de leur intérêt pratique et de la richesse des renseignements qu'ils mettent à notre portée.

Avant de passer à l'étude de chaque fonction, l'aspect morphologique permet parfois de recueillir des renseignements importants. Jacquelin a insisté sur certains types déterminés : le type longiligne plat uniforme : taille élevée, membres anormalement longs, thorax allongé dans le sens vertical; le type breviligne rond : taille petite, tronc volumineux, abdomen élargi; les types dystrophiques complexes dont le plus important est le type ostéo-conjonctivo-élastopathique avec ses déformations osseuses, ses troubles dentaires, sa déficience du tissu élastique, ses manifestations lymphoïdes. La constatation d'un type morphologique accusé n'est pas sans intérêt pratique. Les longilignes plats semblent prédisposés à la tuberculose pulmonaire. Les brévilignes sont souvent arthritiques, et l'on sait que les travaux classiques et modernes ont insisté sur les tendances opposées de la tuberculose et de l'arthritisme. Sans vouloir donc donner à l'aspect morphologique une valeur absolue, il n'est pas inutile d'en noter les caractères qui sont susceptibles d'orienter le Diagnostic. Le simple examen de la peau peut parfois permettre des constatations intéressantes : coloration (ictère), taches (exan-

thèmes), consistance (myxœdème), cicatrices (intervention, adénite tuberculeuse, etc.). Il est théoriquement possible d'examiner le malade suivant un ordre quelconque ; mais, nous croyons préférable de l'examiner toujours dans le même ordre, ce qui permet d'éviter l'oubli. Il faudra cependant faire une exception pour la fonction sur laquelle l'attention est déjà attirée en raison de l'intérêt qui s'y rattache et pour toutes les autres, suivre l'ordre adopté. Il est également possible d'examiner le malade soit par régions (membres inférieurs, abdomen, thorax), soit par fonctions. Nous étudierons successivement : les fonctions respiratoire, circulaire, digestive, urinaire, génitale, locomotrice, endocrinienne, neuro-végétative, et psychique.

I. *Appareil respiratoire* : L'examen comprend les voies respiratoires supérieures et inférieures. En pratique, on étudie en même temps le nez, la bouche et le cou de façon à ne pas avoir à y revenir ultérieurement. Sans pratiquer un examen complet, on recherchera :

— L'état de la respiration nasale (miroir de Glatzel),
— L'état de la bouche (dents, langue, amygdales, voile du palais, joues: malformations, ulcérations gommeuses, leucoplasie),

— L'état des ganglions et du corps thyroïde (atrophie ou hypertrophie).

— L'état du poumon qui sera apprécié par : inspection, palpation (expansion respiratoire, recherche des vibrations), percussion (tympanisme ou matité), auscultation (caractère de la respiration, de la voix et de la toux, bruits surajoutés, souffles, frottements, râles).

Lorsque l'examen respiratoire aura mis en évidence l'existence de signes anormaux, il pourra être nécessaire de pratiquer des examens complémentaires variables selon les cas : radioscopie ou radiographie, examen des crachats, ponction exploratrice de la plèvre.

II. *Appareil circulaire* : L'examen comprend : l'étude

du cœur, du pouls, de la tension artérielle ; au niveau du cœur on pratiquera :

— L'inspection (siège du choc de la pointe, tumeur pulsatile),

— La palpation : choc apexien, frémissement cataire, recherche de l'aorte derrière le sternum,

— La percussion et l'auscultation (rythme, modification des bruits, souffles),

— Le pouls radial sera pris des deux côtés : tension artérielle prise au bras et si besoin aux quatre membres.

La constatation de signes anormaux pourra nécessiter des examens complémentaires : ponction du péricarde, analyse de sang (B.W), examens radiologiques.

III. *Appareil digestif, foie et rate* : A l'inspection on recherchera une voussure localisée, la circulation collatérale veineuse.

Par la palpation on pratiquera la recherche des points douloureux : épigastrique, appendiculaire, vésiculaire, pelvien, etc., de la souplesse de la paroi, de l'existence d'une tumeur. On cherchera à palper la pointe inférieure du foie. La percussion permettra d'apprécier l'état du foie, de la rate, les limites d'une ascite ou d'une tumeur selon les cas.

Il faudra profiter de l'examen de l'abdomen pour rechercher :

— L'état des reins qui physiologiquement ne sont pas palpables,

— L'existence d'un globe vésical, d'un utérus gravide.

La constatation de signes anormaux pourra amener à pratiquer :

— Le toucher rectal ou vaginal qui s'impose chaque fois que l'attention est attirée par des troubles pelviens,

— L'étude fonctionnelle du foie en cas de déficience : hypoazoturie, glycosurie alimentaire, urobilinurie, etc.,

— L'examen des selles : bactériologique, chimique,

— Le transit digestif par l'absorption de cachets colorés ou par la radio après opacification,

— Examen du sang dans les affections hépatiques ou spléniques surtout.

On remarquera la pauvreté des renseignements fournis par l'examen physique de certains organes (estomac, pancréas) et la nécessité de recourir à des examens spéciaux pour pouvoir établir le fonctionnement.

IV. *Appareil urinaire* : Examen d'urines : albumine, sucre, et si besoin est : bile, acétone, sang.

L'examen de l'abdomen a déjà renseigné sur l'état des reins, de la vessie, des urétéres.

En présence de signes anormaux (pyurie, hématurie), on pourra pratiquer une cystoscopie, un cathétérisme des urétéres avec séparation des urines, une pyélographie, un examen complet des urines (cytologique, chimique, bactériologique), une épreuve fonctionnelle du rein, des examens du sang (dosage d'urée, constante d'Ambard).

V. *Appareil génital* : Chez l'homme, examen sommaire mais systématique (scrotum varicocèle, orchépididymite).

Palpation du canal-exploration des orifices inguinaux.

Dans tous les cas, chaque fois qu'un trouble fonctionnel est constaté ou suspecté :

Chez l'homme toucher rectal (prostate),

Chez la femme toucher vaginal combiné au palper,

Et, si besoin est, examen au spéculum et toucher rectal.

VI. *Système nerveux* :

Examen de la motricité : paralysie, ataxie.

Examen de la sensibilité (tactile, douloureuse, stéréognostique).

Surtout examen des réflexes tendineux (rotulien, oléocranien, achilléen) et cutanés (Babinski, crémasterien, abdominaux).

Recherche des troubles trophiques (atrophie musculaire, troubles trophiques cutanés).

Etude du langage (dysarthries, aphasies).

Examen des organes des sens : vue (troubles sensoriels et moteurs, pupillaires, signe d'Argyll, Robertson), oreille.

Recherche des signes de réaction méningée : raideur de la nuque, signe de Kernig.

VII. *Système locomoteur et téguments* : Lorsque l'attention n'aura pas été attirée de ce côté, on se contentera de regarder sommairement s'il n'existe pas d'altération du squelette, d'ankylose articulaire, d'atrophie musculaire. En cas de besoin, on précisera les circonstances dans lesquelles elles sont survenues.

VIII. *Glandes endocriniennes* : Nécessité d'un examen sommaire, car les travaux modernes ont montré la fréquence de leurs perturbations et leur retentissement mutuel les unes sur les autres.

On cherchera donc à grouper les symptômes traduisant les altérations endocriniennes.

a) *Corps thyroïde* : hyperthyroïdie (goître exophtalmie, tachycardie, tremblement), hypothyroïdies (thyroïde réduit ou au contraire sclérokystique, peau épaissie, insuffisance du système pileux, hypothermie, retard du développement), dysthyroïdie (instabilité thyroïdienne avec alternance et intrication des symptômes).

En cas de besoin on pratiquera un métabolisme basal.

b) *Hypophyse* : dont les troubles sont assez voisins des troubles thyroïdiens : hyperpituitisme, tendance au gigantisme, à l'acromégalie ; hypopituitisme : nanisme ; syndrome adiposo-génital.

c) *Ovaire* : insuffisance après ménopause, castration chirurgicale, souvent à type d'hyperthyroïdie.

d) *Surrénale* : hypofonctionnement (asthénie, hypotension, troubles digestifs, parfois pigmentation de la peau), hyperfonctionnement avec hypertension ; hypercholestérolémie.

L'étude du comportement des glandes endocriniennes,

même si elle est superficielle, n'est pas sans intérêt pratique ; on sait en effet :

— La perturbation fréquente de leurs fonctions au cours de nombreux processus,

— La possibilité par la mise en évidence d'un dysfonctionnement endocrinien de rattacher à leur cause des symptômes dont l'origine pourrait échapper.

Il faut enfin se rappeler qu'à côté de certains cas typiques de déséquilibre glandulaire, il existe beaucoup plus souvent des cas complexes avec intrication des signes d'hyper et d'hypofonctionnement ou existence de troubles pluriglandulaires dont la démarcation peut être très délicate.

IX. *Système neuro-végétatif et fonctions psychiques* : dont l'étude peut permettre de déceler la cause de troubles jusqu'à ce moment indéterminés. Nous ne pouvons rappeler ici que l'existence :

— D'un syndrome *sympathicotonique* avec : tachycardie, mydriase, T. A. élevée,

— D'un syndrome *vagotonique* avec bradycardie, myosis, T. A. basse,

— D'un syndrome *amphotonique* où il est plus facile de mettre en évidence la perturbation vago-sympathique que la part qui revient à chacun d'eux du fait de l'intrication des symptômes chez le même malade.

Dans ces cas, l'étude du réflexe oculo-cardiaque ou du réflexe solaire peut donner des indications utiles. Mais le plus souvent, ou bien ils ne feront que confirmer l'existence d'un déséquilibre déjà diagnostiqué, ou bien ils ne fourniront que des résultats sans intérêt, paradoxaux ou variables, traduisant seulement la rupture de l'équilibre vago-sympathique sans pouvoir en préciser le sens. Les épreuves pharmacodynamiques elles-mêmes n'auraient pas plus de signification pratique, si bien que dans la règle, le praticien peut se dispenser de les rechercher.

Il n'en reste pas moins acquis que de multiples trou-

bles peuvent être en rapport avec ce déséquilibre vago-sympathique qu'il importe de mettre en évidence chaque fois que c'est possible.

Quant au psychisme du malade, le médecin a été à même de l'apprécier au cours de l'interrogatoire et de voir au cours de l'examen le retentissement réciproque des troubles organiques et du psychisme. Il est d'ailleurs toujours possible d'analyser en fin d'examen les troubles psychiques sur lesquels l'attention a pu se trouver attirée.

Dans l'examen chirurgical au contraire, l'attention se trouve le plus souvent attirée sur une région déterminée, mais nous verrons que l'examen du malade, pour être moins complet ne peut se contenter d'être exclusivement local. Nous serons beaucoup plus brefs sur cet examen, car, du fait de la localisation, l'attention se trouve directement attirée sur la région envisagée, dont il n'y aura plus qu'à rechercher la symptomatologie. Nous nous contenterons donc de rappeler seulement quelques points d'intérêt courant pour le praticien. Jeambreau signale que dans l'examen du malade, trois règles doivent être rigoureusement observées :

1° Ne jamais examiner à travers les vêtements ni même la chemise. Examiner la région nue. Il fait voir et toucher. Si un malade n'y consent pas, refuser de porter un diagnostic et de donner une prescription ;

2° Ne pas examiner seulement la région prétendue malade, mais les régions sus et sous-jacentes. Si le coude est malade, examiner tout le membre supérieur ;

3° Il faut enfin examiner conjointement le côté malade et le côté sain en les plaçant toujours dans des positions symétriques (Jeambreau : Examen du malade).

En présence d'un traumatisme d'un membre, il faut discuter : fracture, luxation, lésions des parties molles, en se rappelant que le Diagnostic de contusion est un Diagnostic d'élimination. Il ne suffit pas de faire un diagnostic de fracture, il faut encore en préciser :

Les caractères cliniques : fracture ouverte ou fermée ;

Les caractères anatomiques : radiographie ;

Les complications possibles du fait du traumastime ou par compression : lésions articulières, vasculo-nerveuses, etc.

L'examen d'un membre n'est pas complet si l'on n'a pratiqué successivement les quatre temps : Inspection-Palpation-Mensuration-Etude des mouvements. Il faut noter non seulement les signes positifs, mais aussi les signes négatifs.

Inspecter en comparant avec le côté présumé sain.

Palper sans oublier de préciser le siège électif et l'intensité de la douleur, l'existence ou non d'adénopathie.

Mesurer avec des points de repère pour préciser le raccourcissement, le gonflement ou l'atrophie possible.

Apprécier et mesurer l'amplitude des mouvements actifs et passifs. Dans l'étude des affections chroniques, le rappel des notions fournies par l'interrogatoire et l'étude du terrain est d'un gros intérêt étiologique (tuberculose, gonococcie, etc...)

Au cours de l'examen d'un « ventre aigu » il faut rechercher :

A l'inspection : l'état de la respiration abdominale ;

L'existence d'une voussure localisée, les mouvements péristaltiques.

A la palpation : l'état de la paroi abdominale allant du relâchement complet à la contracture, en passant par tous les intermédiaires (défense de la paroi plus ou moins accusée) ;

L'état des orifices herniaires (inguinaux, cruraux. ombilical) ;

La localisation de la douleur avec son siège électif, ses irradiations, ses caractères (spontanée, provoquée, etc...) ;

L'existence d'une tumeur : siège, limite, consistance, mobilité, sensibilité.

A la percussion : la disparition de la matité hépatique ;

L'existence d'une matité délive.

On terminera par :

Le toucher rectal, chez l'homme, vaginal chez la femme, en précisant dans ce dernier cas outre la douleur :

L'état de l'utérus (dimensions, mobilité) du col qui peut être ouvert ou fermé, dur ou ramolli, des annexes.

Il faudra compléter par l'examen des seins en cas de suspicion de gravidité, l'auscultation du cœur et des poumons.

En cas de néoplasme possible, il faudra toujours rechercher les caractères de la tumeur :

Cliniques lorsqu'elle est superficielle (dure, ligneuse, mal limitée, adhérente) ou accessible (toucher rectal, vaginal, examen au spéculum, rectoscopie).

Radiologiques lorsqu'elle est profonde : cancer de l'estomac.

Son *adénopathie* superficielle (palpation) ou profonde (radio).

Son *extension* possible aux organes voisins et ses métastases (intérêt pronostic et opératoire).

Son *retentissement* sur l'état général qui est à la fois un élément de diagnostic, de pronostic et d'intervention : poids, température, formule sanguine et terminer en recherchant l'état des grandes fonctions : cœur, reins, etc...

Nous voudrions maintenant en terminant dire quelques mots des examens complémentaires (labo. radio) dont le médecin dispose pour étayer son diagnostic, et pour chacun de ces modes d'exploration, il faudrait envisager les indications, les techniques, les résultats et leur interprétation.

Nous n'avons pas à étudier ici les techniques, mais seulement à déterminer les conditions dans lesquelles on doit y avoir recours et les secours que l'on peut en attendre.

Bien qu'il soit difficile de préciser des indications sans entrer dans des cas particuliers, on peut quand même

fixer quelques principes d'ordre général. On aura recours aux examens spéciaux :

Chaque fois que la clinique à elle seule n'aura pu fournir le Diagnostic susceptible d'expliquer les troubles envisagés ;

Chaque fois que la clinique aura permis de suspecter une maladie grave sur l'existence de laquelle on doit être fixé.

Lorsque, le Diagnostic étant fait, on désire faire le bilan des troubles provoqués dans l'organisme par l'affection causale.

Enfin, en dehors du Diagnostic, avant de prendre une sanction thérapeutique nécessitant une étude du degré de résistance de l'organisme.

Quant à l'interprétation des résultats de l'examen, il ne saurait être fait qu'après confrontation de l'examen clinique et de l'examen complémentaire, sous peine de risquer des interprétations erronées.

En ce qui concerne les recherches de laboratoire, il n'est pas douteux que dans certains cas elles ne sont pas pratiquées là où elles seraient nécessaires, alors que dans d'autres cas, elles sont pratiquées quand elles sont inutiles. Dans cette seconde éventualité, l'erreur d'indication est du reste moins grave du fait qu'elle se limite à un examen et à des frais dont on aurait pu se dispenser. De plus, beaucoup d'auteurs ont protesté contre la prépondérance accordée aux données du laboratoire et aux techniques spéciales relativement aux données purement cliniques (Delore). C'est comme l'écrit Ch. Nicolle « un chapitre douloureux comme le sont ceux qui traitent des défauts d'entente entre alliés ». Des Maîtres éminents (Bezançon, Sergent) ont tout dit sur les rapports légitimes de la clinique et du laboratoire, et sur la subordination de celui-ci à celle-là (Delore). Certains auteurs ont également signalé dans certains cas la pénurie relative des indications apportées par les recherches de laboratoire avec l'abondance et l'intérêt des renseignements que fournit la clinique (Jacquelin)

et parfois, il arrive que la clinique se suffise à elle seule. Il n'est nullement question ici de dénigrer les renseignements fournis par le laboratoire, mais seulement de signaler l'importance excessive que lui ont attribuée certains auteurs ; parfois au contraire, le laboratoire seul permet de faire un Diagnostic que la clinique est insuffisante à affirmer. De telle sorte que le problème pour le praticien se trouve ainsi situé : savoir poser les indications à bon escient, savoir interpréter les résultats. Un examen succinct des urines est souvent un appui précieux pour le diagnostic ; mais les résultats fournis sur plusieurs pages de texte donnent de multiples renseignements sans intérêt pratique sont inutiles. La recherche du sucre et de l'albumine suffirait à moins de cas spéciaux pour lesquels il serait facile de préciser les résultats désirés. Il existe enfin « une sorte de hiérarchie » (Lyonnet) dans les examens de laboratoire, et avant de rechercher le P.H., il ne serait peut-être pas inutile de commencer par les examens élémentaires, analyse d'urines par exemple. Le praticien a tout intérêt à faire d'abord les examens qui par leur fréquence, leur facilité et leur importance sont susceptibles de l'éclairer, et ne perdra pas de vue que ce qu'il demande d'abord au laboratoire, c'est un argument susceptible de déterminer son Diagnostic. La recherche des B.K. dans la tuberculose, le B.W. dans la Syphilis, le séro-diagnostic et l'hémoculture dans les fièvres continues, la P.L. dans les méningites, les prélèvements de gorge dans les angines suspectes, le dosage de l'urée dans l'urémie, la glycosurie dans le diabète, sont autant d'exemples frappants du secours que le laboratoire peut apporter à la clinique. Le laboratoire permet donc d'affirmer un diagnostic cliniquement hésitant ou atypique, ou grâce à ses appréciations numériques de préciser le degré d'une infection ou d'une intoxication.

Il serait possible, à l'occasion des examens radiologiques de montrer de même les rapports étroits qui doivent exister entre la clinique et la radio. En ce qui concerne les indications, le médecin a souvent à lutter contre le névro-

pathe qui vient consulter non pour des troubles, mais parce qu'il veut passer à la radio, et qui ne sera content que lorsqu'il aura obtenu satisfaction, ce qui est d'ailleurs quelquefois le seul moyen de le rassurer. La radio apparaît comme un moyen d'investigation particulièrement précieux, mais auquel, cependant il ne faut pas trop demander. Un néo gastrique tout à son début peut passer inaperçu et donner une fausse sécurité qui retarde d'autant l'intervention. Enfin toute radio demande à être interprétée : il existe des tumeurs fantômes, de fausses images de cavernes pulmonaires par superposition d'ombres, qui nécessitent des examens en plusieurs positions et à plusieurs reprises. Et là encore, le dernier mot doit rester à la clinique. La radio est devenue aujourd'hui un procédé d'examen indispensable dans certains cas, et notamment dans les lésions ostéo-articulaires, fractures, arthrites, ostéo-myélites, etc..., dans les tumeurs malignes surtout cancer du tube digestif, dans l'examen des poumons, du cœur et de l'aorte. Le laboratoire et la radio ne constituent pas les seuls examens complémentaires dont dispose le médecin. Nous avons eu l'occasion de signaler : l'endoscopie sous toutes ses formes : bronchoscopie, œsophagoscopie, rectoscopie, cystoscopie, et l'expérimentation sur le malade qui constitue parfois le meilleur moyen d'étudier le comportement d'une fonction et dont le Professeur Achard a précisé les conditions : elle ne doit causer aucun dommage, elle doit être utile, simple, et ses résultats doivent avoir pour le clinicien une signification précise. L'étude des maladies de la nutrition, des fonctions hépatiques et rénales constituent les exemples les plus typiques de l'intérêt que le praticien peut tirer de l'emploi de cette méthode.

Il n'est pas jusqu'au traitement d'épreuve qui ne constitue une forme d'expérimentation sur le malade.

Ce que nous avons cherché à montrer, c'est que les examens complémentaires souvent si instructifs ne se ramènent pas à de simples équations et le schéma qui con-

sisterait à conclure : réponse positive, tel diagnostic, réponse négative élimination de ce diagnostic risquerait dans bien des cas d'aboutir à l'erreur. On pourrait dire des examens complémentaires ce qu'écrivait le Professeur Achard sur les examens de laboratoire : « C'est une pièce venue au procès ».

Nous voudrions en terminant demander au praticien de rester éclectique, de se maintenir dans le juste milieu. Il doit savoir poser dans les conditions voulues l'indication des examens complémentaires ; il doit connaître tous les avantages qu'il peut en tirer. Mais il doit surtout savoir qu'il lui faudra interpréter les résultats, confronter les éléments fournis avec ceux de la clinique et ne pas perdre de vue « la suprématie de la clinique et de l'esprit clinique » (Delore). Les examens complémentaires ont acquis une place importante dans les éléments du Diagnostic ; le rôle du médecin est de les maintenir au rang qu'ils doivent occuper, ni en plus, ni en moins. Il doit se rappeler que la pratique d'un examen complémentaire ne saurait en aucun cas le dispenser d'un examen clinique poussé, que tout résultat demande à être argumenté et critiqué.

Nous pouvons remarquer qu'au cours de l'étape analytique du Diagnostic, le praticien est avant tout un observateur ; plus son observation sera juste, précise, complète, plus son Diagnostic aura de chance d'être exact. Mais son esprit critique aura également l'occasion de s'exercer. Il lui aura permis de faire le tri au cours de l'interrogatoire comme de l'examen des faits certains, probables, inexacts ou sans intérêt. Il possèdera alors tous les éléments lui permettant d'envisager les hypothèses entre lesquelles il aura à choisir.

CHAPITRE VI

L'ÉTAPE SYNTHÉTIQUE DU DIAGNOSTIC

L'étape analytique a permis à l'observateur de dresser le bilan des troubles enregistrés chez le malade. La recherche des signes fonctionnels a déjà permis dans une certaine mesure de restreindre le champ des investigations. L'étude du terrain a permis de voir comment le sujet a pu se défendre au cours de ses affections antérieures, de prévoir jusqu'à un certain point sa manière actuelle de se comporter, de déterminer parmi les maladies précédentes celles qui sont susceptibles de se réveiller ou d'altérer la symptomatologie de l'affection actuelle. L'examen physique du malade et la recherche des examens complémentaires surtout ont permis de fournir des arguments importants, tant positifs que négatifs, qui vont particulièrement être utiles au médecin au milieu de toutes les hypothèses qui se présentent à lui.

Mais le praticien n'a alors accompli que la première étape qui va le conduire au Diagnostic avec toutes les conséquences qui en découlent ; il n'a été jusqu'alors « qu'un simple enregistreur de phénomènes » (Vires) dont il lui reste à déterminer la cause. La découverte des symptômes va constituer le point de départ du Diagnostic. « Cette perception des symptômes est déjà un jugement, c'est-à-dire la reconnaissance d'une analogie entre les caractères perçus chez le malade actuel et l'image générique et schématique, résumé de l'expérience passée. Le Diagnostic de maladie consiste à prouver qu'un type morbide déjà évoqué à titre d'hypothèse est une convenable explication des phénomènes pathologiques que présente un malade » (Renoux).

Faire un Diagnostic, c'est donc rechercher une maladie qui réponde à la double condition : expliquer tous les symptômes présentés par le malade et être la seule à pouvoir les expliquer. Nous verrons plus loin que cette conception constitue un idéal et que le médecin ne possède pas toujours tous les arguments nécessaires pour résoudre le problème.

Nous aurons à étudier successivement :

Les stades du Diagnostic ;

Son mécanisme psychologique ;

Ses facteurs.

Le Diagnostic passe schématiquement par trois stades Diagnostic *probable*, *certain*, *complet*.

Le *Diagnostic probable* est parmi toutes les hypothèses celle qui semble à première vue la plus susceptible d'expliquer les symptômes enregistrés. C'est un diagnostic d'attente, de présomption, et le médecin ne doit pas oublier à ce moment son caractère hypothétique. Nous verrons précisément un peu plus loin par quel mécanisme le médecin passe de l'étape analytique à celle de diagnostic éventuel.

En présence de ce Diagnostic, le médecin doit alors reprendre un par un tous les symptômes qu'il a dépistés, fonctionnels, généraux et physiques, et voir si l'hypothèse envisagée permet de les expliquer. Le Diagnostic probable devient alors un *Diagnostic de certitude*. Il en résulte donc une deuxième observation du malade qui « consiste à répondre à ces questions et qui de la sorte sera plus profonde et plus précise, mais aussi plus limitée. D'où le danger de séparer l'observation de la réflexion. Le Diagnostic n'avancera que par un continuel va et vient entre l'hypothèse et le fait observé » (Renoux).

Mais si cette confrontation n'est pas satisfaisante, il faut alors rechercher les deux grandes causes d'erreur :

— Erreur dans l'enregistrement d'un symptôme. D'où en cas d'hésitation la nécessité de réexaminer le malade

jusqu'à ce qu'il ne reste aucun doute sur l'existence du symptôme en question.

— Inexactitude de l'hypothèse envisagée, ce qui oblige à rechercher parmi toutes les autres celle qui soit susceptible de donner satisfaction.

Il peut enfin arriver que cette hypothèse soit exacte, mais qu'elle soit insuffisante à expliquer tous les symptômes, le malade étant porteur de deux affections différentes.

Le Diagnostic de certitude étant établi, il est alors facile au médecin connaissant l'affection causale de rechercher les symptômes propres à la maladie qui auraient pu échapper au cours de l'examen, ce qui présente le double intérêt de confirmer le Diagnostic et de mieux connaître le malade.

Il arrive dans des cas faciles que l'on saute un de ces chaînons du Diagnostic synthétique, et que l'on passe sans confirmation de l'hypothèse à la certitude. Une telle habitude relativement excusable dans des cas apparemment simples n'est pas sans danger. Le respect de tous ces échelons du Diagnostic synthétique aboutit souvent à la confirmation de l'impression première ; mais parfois aussi elle l'infirmes et dans ces éventualités le médecin ne regrette pas d'avoir pratiqué une révision symptomatique qui lui a permis de se mettre à l'abri de l'erreur. « Ce goût trop répandu de la désignation hâtive, qui sacrifie la sécurité à un désir de rapidité et d'élégance, se trouve être assez comparable à l'acrobatie opératoire » (Jourdan). Le danger vient surtout de la tendance instinctive que le médecin aura de généraliser cette habitude, c'est-à-dire de sauter les étapes intermédiaires dans des cas de plus en plus fréquents ce qui tôt ou tard risquera de l'induire en erreur.

Mais nous insisterons moins sur les stades du Diagnostic synthétique que sur son mécanisme psychologique qui paraît plus particulièrement complexe. Si le passage du Diagnostic d'impression au Diagnostic de certitude se fait par raisonnement, il reste à savoir comment le médecin

passé de l'étape analytique au Diagnostic éventuel, car « le clinicien ignore souvent comment naissent les diagnostics, et même après coup, en expliquer la genèse est encore difficile » (Cordonnier). Il en résulte que le problème consiste à se demander par suite de quel mécanisme cette hypothèse se présente à l'esprit du médecin, car il apparaît dès maintenant comme bien éloigné du raisonnement mathématique qui repose sur des déductions logiques et infailibles. Or ce qui est possible dans une science aussi rigoureuse que les mathématiques ne l'est pas en médecine, et pratiquement « une suggestion intérieure naît et s'impose, que le raisonnement ne légitime pas entièrement. » Le médecin est « un homme avec son imagination, son cœur, son éducation, sa culture et tous ces non-dosés de l'esprit qui interviennent d'une manière si importante et souvent si inconsciente dans la décision du Diagnostic » (Cordonnier). Aussi aurons-nous à voir les différents mécanismes que l'on a invoqués avant de rechercher la part qui revient à chacun d'eux et nous étudierons successivement le rôle de l'intuition, de l'association des idées et de l'analogie, du raisonnement par interprétation des symptômes et enfin du raisonnement par élimination. Nous ne ferons que signaler l'hypothèse d'après laquelle la détermination du diagnostic d'impression se ferait inconsciemment. « Cette explication est une de celles dont on ne peut rien penser, parce qu'elle n'explique rien. Invoquer d'abord le hasard et puis l'inconscient comme un dogme qui cache toutes les vérités qui nous dépassent est un aveu non déguisé » (Cordonnier).

Tout autre est le rôle de *l'intuition*.

Il est exact que la découverte du diagnostic soit souvent le fruit d'une intuition soudaine, d'une inspiration, d'une illumination subite. Mais il n'est pas sans intérêt de remarquer qu'elle est le fruit de la réflexion. Elle fait donc suite à un travail subconscient, dont le résultat apparaissant

brusquement peut donner l'illusion d'une improvisation complète. Certains auteurs ont comparé l'intuition au « flair de l'artilleur » (Lyonnet), à l'intuition bergsonienne » (Jourdanet). Ce prétendu « flair » n'appartient qu'à ceux qui savent voir promptement les symptômes essentiels et en apprécier le sens et la valeur, c'est-à-dire à ceux qui, développant par l'étude et l'exercice leurs facultés d'attention acquièrent l'aptitude à porter vite un bon jugement. Ce « flair » n'est donc que la synthèse des qualités du bon médecin : c'est l'art de faire l'application rapide et juste d'une science solide. (Prof. Achard).

Il est incontestable que si un certain nombre de médecins possédaient les mêmes éléments analytiques, certains n'arriveraient pas à formuler le diagnostic exact, faute d'avoir eu l'intuition de s'y engager. L'intuition diagnostique apparaît donc comme la possibilité d'envisager d'une manière immédiate et spontanée le diagnostic exact ; elle existe chez tous, mais à un degré extrêmement variable, et rares sont ceux qui en présence d'un Diagnostic délicat arrivent d'emblée à la connaissance exacte de la maladie.

Envisageons d'un peu plus près ce qu'est l'intuition du Diagnostic.

On a souvent tendance à ne voir dans l'intuition qu'un éclair jaillissant par une sorte de divination. Mais cet éclair n'est en réalité que le résultat d'une longue patience et d'un long travail. Nous extrayons d'un article de Barras : « De l'intuition du Diagnostic en médecine » le passage suivant :

« Si le médecin n'est pas obligé de les repasser (les développements) dans son esprit, c'est qu'il possède bien son art, qu'il l'a complètement assimilé, qu'il revoit tout d'un coup et tout à coup, dans son ensemble, d'un seul tenant, le tableau clinique. S'il n'a plus besoin de le décomposer dans la suite de ses démarches successives, s'il le perçoit par une espèce de sentiment direct et synthétique, s'il n'a plus besoin de se remémorer la continuité du lien logique, s'il saisit tout de suite, l'âme même du Diagnostic,

en quelque sorte, son unité clinique, c'est qu'il a de souventes fois et d'une manière profonde observé, disséqué, analysé pour chaque cas particulier les éléments discursifs qui entrent dans la genèse de ce diagnostic. L'intuition n'est en réalité que le résultat d'une association d'idées extrêmement rapide, qui semble nous faire supprimer les étapes ordinaires d'un raisonnement logiquement conduit. Mais l'intuition n'est jamais que l'aboutissement d'une chaîne dont certains anneaux nous semblent invisibles parce qu'ils sont situés dans notre subconscient. »

L'intuition apparaît donc comme constituée de deux éléments : un fond d'observations, de connaissances longuement accumulées et patiemment ruminées, de l'autre un *quid divinum* qui éclaire cet acquis (Barras).

Deux conclusions découlent donc du rôle de l'intuition diagnostique médicale :

— Elle dépend en partie de ce fond de connaissances qui tend à s'accroître avec l'expérience. Aussi le rôle de l'intuition aura tendance à s'exagérer avec la pratique, et les médecins auront d'autant plus tendance à y avoir recours qu'ils auront acquis une plus grande expérience.

— Elle doit cependant comporter une réserve. Elle ne présente à l'esprit qu'une hypothèse vraisemblable qui demande à être vérifiée par le raisonnement. Elle ne saurait donc en aucun cas dispenser de la vérification que nécessite toute hypothèse. Le fait qu'un Diagnostic probable ne se trouve pas vérifié parfois suffirait à rappeler au médecin que l'intuition n'exclut pas le raisonnement ; elle constitue seulement un moyen spontané qui se présente au médecin pour arriver plus rapidement au but cherché.

Rôle de l'association des idées et du raisonnement par analogie : Ce mécanisme, qui joue un rôle fréquent dans le choix que fait l'esprit parmi les hypothèses envisagées, n'est pas sans présenter de nombreux points communs avec le précédent. Il s'en différencie cependant par deux caractères :

Alors que dans l'intuition le diagnostic semble se présenter spontanément, dans l'analogie, c'est au contraire le médecin qui sollicite ses souvenirs en recherchant un cas clinique analogue, superposable au cas envisagé. D'autre part, l'analogie est déjà une forme, si imparfaite soit-elle du raisonnement. Elle consiste donc à passer de certaines ressemblances connues à d'autres ressemblances dont on recherche la cause. Certes, un tel raisonnement est loin d'être rigoureux et il ne put fournir que des probabilités des plus variables selon le cas particulier. Mais un tel raisonnement est déjà autre chose qu'une simple association d'idées. Autrement dit, l'association restitue simplement le passé « tandis que le raisonnement analogique conclut pour l'avenir d'après le souvenir du passé. » Cresson : Les réactions intellectuelles élémentaires). Mais on n'y trouve « ni ce travail de contrôle, ni ce travail de précision qui caractérise l'induction véritable. L'analyse reste ici superficielle et se borne à dégager la similitude de circonstances plus ou moins extérieures (Cuvillier).

Il est intéressant de noter qu'en pratique le médecin fait beaucoup plus rarement appel à l'induction qu'à la méthode de superposition, de confrontation. On s'efforce, dit Chavigny, par une critique serrée de bien analyser tous les symptômes du cas clinique, puis, quand le tableau du cas examiné a été complètement tracé, on cherche dans les données de la pathologie, dans ses souvenirs cliniques, un type classique duquel il peut être rapproché. Et il donne comme exemple frappant celui de la dermatologie où la méthode de confrontation simple des images est le type du fonctionnement intellectuel clinique.

Vincent Cordonnier de son côté étudiant les bases psychologiques du Diagnostic (Journal de Médecine de Lille Nov. 34 B) a montré comment Marcel Proust, fils et frère de médecin avait été amené à résoudre à son insu un problème dans l'ambiance duquel il avait vécu, et nous extrayons de cet article le passage suivant :

« A propos de quelques sensations banales, celle de

marcher sur deux dalles inégales, celle de tremper une madeleine dans du thé et encore de s'essuyer les lèvres avec une serviette empesée, une présence presque physique s'impose à Proust. Ces sensations, il les connaît, elles ont un goût de déjà vu, de déjà connu, de déjà senti. Mais où ? Quand ? C'est à force d'application, en évoquant à nouveau chacune de ces sensations qu'il ressuscite Venise, Combray et Balbec.

Mais l'identité de ces sensations, il ne l'a pas voulue, il ne l'attendait même pas ; elle s'est imposée à lui comme une présence étrangère. C'est à l'occasion de deux sensations analogues que tout son être psychique s'est trouvé transporté dans le passé à une époque antérieure ; et revenu à la minute présente, rappelé par les forces actuelles de la vie qui le sollicitaient, il s'est trouvé tout stupide comme après un réveil. « Une minute affranchie de l'ordre du temps a recréé en nous, pour la sentir, l'homme affranchi de l'ordre du temps. »

Et ce transport dans le passé rend non seulement présente la sensation déjà vécue, mais encore mille autres circonstances, images, personnes, et surtout pensées, à laquelle elles étaient rattachées par des liens que nous avons à peine remarqués sur le moment et qui étaient oubliés depuis des années parfois, si l'on peut parler d'oublier pour des objets dont nous avons à peine eu conscience, mais que nous n'avons pas moins perçus et gardés en nous.

La sensation commune avait cherché à recréer autour d'elle le lien ancien. La mémoire volontaire n'est rien à côté de ce transport dans le passé. Elle ne nous rend du passé qu'une image déformée par la vie présente, par le jugement, qui désagrège, par l'expérience acquise.

Et Vincent Cordonnier explique alors la genèse du Diagnostique.

« De ses gestes réflexes, le clinicien, l'esprit rêveur, poursuit ou recommence un examen méthodique. Il s'est oublié lui-même dans la minute présente, ce qui est la première et indispensable condition, sans laquelle le passé

ne peut revivre. Il a oublié le malade aussi pour ne plus en percevoir qu'une représentation mentale. Il peut continuer à le palper, à l'examiner avec des gestes distraits, mais il garde l'esprit libre, ouvert à je ne sais quelle suggestion. C'est en lui-même qu'il écoute la vibration intérieure déjà perçue dans le passé. Il recrée tous les signes observés pour avoir de cet état clinique une sensation totale et présente, et il attend qu'en lui, la mémoire involontaire « l'homme affranchi de l'ordre du temps » qui n'obéit à aucun raisonnement aille dans le passé rechercher pour la recréer vivante, une somme obscure et semblable de signes observés. »

L'intervention du « déjà vu » est en soi excellente. Mais elle peut être dangereuse dans ce sens qu'elle impose trop précocement à l'esprit une désignation pathologique. Trop aisément installée et trop efficacement soutenue par une réminiscence visuelle, elle bloque en quelque sorte la discussion et entrave son déroulement critique (Jourdan). Aussi la recherche de l'analogie ne constitue-t-elle que le premier temps de ce mode de raisonnement. Il faut encore rechercher les facteurs qui la justifient et vérifier par le raisonnement que l'hypothèse ainsi envisagée est bien l'hypothèse exacte.

Rôle du raisonnement par interprétation des symptômes

Le mécanisme en est bien différent et s'oppose par sa base à ceux que nous venons d'étudier. Alors que l'intuition, l'analogie, laissant de côté les chaînons intermédiaires, cherchent à trouver d'emblée le Diagnostic, et à le justifier ultérieurement par le raisonnement, l'interprétation des symptômes cherche à arriver au but par une série de chaînons ne laissant aucun intervalle entre eux. Raisonner, dit Cuvillier, c'est enchaîner des jugements en vue de conclure.

« Ces jugements aboutissent à une conclusion, c'est-à-dire à une proposition qui clôt ces démarches et qui apparaît comme leur but. Or les logiciens distinguent deux grandes espèces de raisonnement : la déduction et l'induction. Ce qui caractérise la déduction, c'est le caractère rigoureux du raisonnement et la nécessité de la conclusion. Une telle méthode possible pour une science aussi exacte que les mathématiques n'est pas applicable à la médecine. Le seul mode qui lui soit permis, c'est l'induction qui est le raisonnement par lequel l'esprit passe du particulier au général, des faits à la loi. L'induction en médecine consiste donc à faire rentrer le cas particulier d'un malade dans le cadre d'une maladie définie au moyen de l'interprétation des symptômes. Nous voyons donc apparaître deux caractères de l'induction en médecine :

— Son caractère plus rigoureux que celui des autres procédés, car basé sur le raisonnement.

— Son cadre plus limité, car il n'est pas applicable à tous les cas.

Pour raisonner par induction, il faut posséder un certain nombre d'éléments suffisamment importants pour permettre la solution du problème. Or, en pratique, cette condition est loin d'être toujours satisfaite.

L'induction diagnostique dispose de deux moyens pour arriver à ce résultat :

— La classification des symptômes en appréciant chacun à sa juste valeur.

Il existe en effet une véritable hiérarchie entre eux. Le même signe prend selon les éventualités une importance toute différente et le rôle du médecin est précisément d'apprécier chacun à sa valeur relative en fonction des autres symptômes à propos de chaque cas déterminé.

— Le classement des symptômes en syndromes cliniques, anatomiques, étiologiques.

On peut schématiquement diviser les symptômes en trois catégories : les signes pathognomoniques fondamentaux et accessoires. Les signes pathognomoniques sont rares. Ils résolvent une grande partie du problème en permettant

d'arriver d'emblée au diagnostic : par exemple taches rosées des fièvres typhoïdes, crachat des pneumoniques. Encore ne permettent-ils de faire qu'un diagnostic certain, mais non complet, et ils ne dispensent pas le médecin de la recherche des autres symptômes. Le plus souvent, d'ailleurs, ce n'est pas un symptôme en particulier qui est pathognomonique, c'est un ensemble de plusieurs symptômes qui est caractéristique et qui lève le doute. Les signes fondamentaux sont ceux qui permettent d'éliminer le plus possible d'hypothèses, et qui, par conséquent localisent les recherches autour de foyers directeurs, ou qui par eux-mêmes attirent l'attention sur un organe bien déterminé. Tel le point de Mac Burnay dans l'appendicite et le point de côté pneumonique.

Dans un tel tri symptomatique, le médecin doit accorder plus de valeur aux symptômes objectifs qu'aux subjectifs, ne pas perdre de vue la chronologie de l'histoire de la maladie et son importance. Quant aux signes accessoires, insuffisants par eux-mêmes pour établir le Diagnostic, ils ne doivent entrer en ligne de compte qu'à titre d'appoint mais non d'argument, et il ne faut pas se laisser influencer par ce que Déjérine a désigné sous le nom de poussière de symptômes.

Cette classification des symptômes d'après leur valeur relative est lourde de conséquences, car une inexactitude dans leur appréciation risque d'aiguiller le praticien sur une fausse piste.

Souvent un certain nombre d'entre eux peut se grouper, constituant un syndrome, ensemble de symptômes « caractérisant la lésion d'un organe ou le trouble d'une fonction » (P^r Achard) tels l'ictère grave qui traduit la déchéance du foie, l'urémie, l'imperméabilité rénale, l'asystolic, la défaillance du myocarde. Beaucoup d'états morbides décrits naguère comme des maladies autonomes, des entités morbides sont aujourd'hui considérés comme des syndromes (Idem). « Tantôt ces groupes fondés uniquement sur l'observation clinique n'expriment que la coexis-

tence fréquente de certains symptômes, c'est-à-dire l'aspect extérieur des choses (schéma de la science antique).

Tantôt ces groupes expriment le mécanisme intime de la production des symptômes, anatomo-pathologie, physio-pathologie, étiologie (science moderne où l'observation clinique n'est qu'un point de départ » (Renoux).

En pratique il arrive fréquemment que cette interprétation, c'est-à-dire « l'essai d'une représentation anatomique ou physiologique du fait précis auquel correspondent les symptômes observés, se trouve être délibérément sautée » (Jourdan). Il s'est établi avec l'usage un certain nombre de schémas qui ont le double inconvénient de comporter des exceptions et de supprimer toute interprétation des faits observés. Jourdan en cite plusieurs exemples, parmi lesquels nous signalerons :

L'équation : Impotence fonctionnelle, raccourcissement du membre inférieur, attitude vicieuse en adduction et rotation externe : fracture du col du fémur.

Alors qu'en réalité cet ensemble symptomatique peut traduire toutes les fractures fémorales du col de la région trochantérienne ou de la portion haute de la diaphyse.

L'équation : contracture = péritonite, alors que la contracture ne traduit que l'irritation ou l'altération de la séreuse, par un agent variable : pus, liquide gastrique ou intestinal, bile, quelquefois sang.

Jourdan fait également remarquer que l'interprétation permet de situer les exceptions à leur place logique, au lieu de constituer un groupe informe qu'entretient seule la mémoire et qui expose tôt ou tard à l'oubli.

Certains auteurs : Prof. Achard, F.M. Pottenger, Mackensie par exemple, ont étudié la classification des symptômes et leur signification.

Dans la pleurésie par exemple, c'est à l'inflammation locale de la plèvre que le clinicien « rapporte les phénomènes locaux : le point de côté, la toux sans expectoration. Par la présence de l'épanchement liquide qui a pris la place du poumon rempli d'air, il explique la matité, l'opacité

radiologique, l'abolition des vibrations vocales, le signe du sou. A la condensation du poumon refoulé par le liquide, il rattache le souffle tubulaire, à timbre lointain, l'égophonie au-dessus du niveau du liquide et le skodisme sous-claviculaire.

A la distension de la plèvre, il attribue pour conséquences l'amplication de l'hémithorax, l'élargissement des espaces intercostaux, le déplacement du cœur et du foie, et celui du sternum. Quant au trouble de la mécanique respiratoire, désordre physiologique résultant de la douleur du côté, du refoulement du poumon et de la gêne apportée par le poids du liquide au jeu du diaphragme qui n'est pas fait pour supporter cette charge, il lui reconnaît pour effets un amoindrissement de la ventilation pulmonaire qui se manifeste par la diminution d'amplitude des mouvements respiratoires et par la dyspnée » (Prof. Achard: la Méthode clinique).

Rôle du raisonnement par élimination

Le raisonnement par élimination est encore une forme imparfaite de raisonnement, car pour qu'il n'en soit pas ainsi, il faudrait que le praticien ait la certitude d'avoir envisagé toutes les hypothèses possibles sans en excepter aucune. Dans ce mode de raisonnement, l'absence de signes positifs peut être très importante. Certains diagnostics sont dans la règle des diagnostics d'élimination. Contusion : traumatisme ne s'accompagnant d'aucune altération anatomique des différents appareils. Névropathie : affection où aucune altération objective ne vient confirmer le bien-fondé des troubles fonctionnels.

L'intervention du catalogue pathologique constitue la base de ce mode de raisonnement. Il intervient essentiellement chaque fois que l'étude des symptômes présente plusieurs hypothèses entre lesquelles on ne peut choisir par raisonnement. « Il arrive souvent que la marche idéale

soit impossible, parce que les signes enregistrées ne constituent pas en eux-mêmes une substance suffisante pour permettre un raisonnement convenablement vertébré... Il faut alors bon gré, mal gré, après avoir enregistré au mieux les symptômes immédiatement accessibles et constaté qu'aucun développement logique ne peut naître de leur groupement, se fier d'abord à la revue des éléments inscrits au tableau des possibles. Cette introduction précoce du catalogue pathologique correspond à l'abandon d'un raisonnement vrai au bénéfice d'une simple énumération d'hypothèses. Et celle-ci, comme toute énumération, n'est pas mieux que le résultat d'un effort de mémoire, taré comme toute production de la mémoire pure par le risque de l'oubli » (Jourdan).

Nous voudrions en terminant chercher la part qui revient à chacun de ces mécanismes dans la recherche du Diagnostic probable à partir duquel s'ébauche le Diagnostic de certitude. Est-il besoin de dire que ce mécanisme est extrêmement variable selon les cas et que sa nature comme son point de départ varie dans chaque circonstance particulière. Nous croyons que chacun d'entre eux peut être valable ; selon les cas envisagés, le clinicien a recours à l'intuition, au raisonnement par analogie, par interprétation des symptômes ou par élimination. Le raisonnement par interprétation constitue la méthode la plus scientifique pour arriver au but, mais il n'est pas douteux qu'elle ne constitue pas la forme la plus fréquente. La méthode employée varie selon la difficulté du problème à résoudre ; le médecin n'aura souvent recours au raisonnement que lorsqu'aucune hypothèse ne se présentera à l'esprit ou qu'il aura fait fausse route. En pratique, il fait plus volontiers appel à l'analogie qu'à l'interprétation, et c'est encore à elle qu'il revient lorsqu'il ne possède pas suffisamment d'éléments pour fixer son choix. Enfin, il n'est pas douteux que la méthode varie avec l'expérience. « Au début de la profession, on établit son diagnostic beaucoup d'après les livres, un peu par raisonnement. Plus tard, par une com-

paraison plus ou moins consciente avec les cas analogues déjà observés » (Lyonnet). Comme le remarque Hoffding, « la voie par laquelle nous découvrons tout d'abord une proposition est rarement celle par laquelle on la démontre ». Le rôle propre du raisonnement n'est pas la découverte, c'est la démonstration au sens large du mot, c'est-à-dire la preuve (Cuvillier). Très souvent le médecin justifie par le raisonnement le diagnostic qu'il a déterminé par analogie.

Il nous reste à signaler dans ce choix que fait l'esprit l'intervention d'éléments psychiques multiples et complexes sans doute à l'infini, mais parmi lesquels on peut individualiser :

- L'intervention du déjà vu ;
- L'intervention du catalogue pathologique ;
- L'expérience ;
- La notion de fréquence et la notion de gravité.

Le déjà vu constitue la base du raisonnement par analogie comme le catalogue pathologique celle du raisonnement par élimination. Mais ces facteurs sont toujours présents à l'esprit du médecin, quel que soit le procédé auquel il ait recours, et ils interviennent toujours plus ou moins en modifiant la valeur relative attribuée à chaque symptôme.

C'est souvent l'inexpérience qui est à l'origine des erreurs de Diagnostic. C'est ce qui explique que les erreurs diminuent souvent avec la pratique si le médecin possède un sens critique suffisamment accusé et prend la précaution de se tenir au courant des acquisitions récentes. C'est l'expérience en définitive qui permet d'avoir une conception plus exacte des choses et d'avoir une notion de la valeur relative des symptômes qui sont aussi voisine que possible de leur valeur réelle.

« La notion de fréquence est basée sur la statistique qui fournira des documents d'un intérêt réel surtout lorsqu'elle établit la fréquence relative des différentes maladies pour un organe ou un secteur anatomique déterminé. Pour

établir une statistique, il faut grouper, pour grouper identifier ou tout au moins assimiler. Or il est facile sans toujours bien s'en rendre compte, de grouper sous une détermination pathologique, en oubliant que l'identité nominative ne correspond pas forcément à une identité substantielle » (Jourdan).

C'est pourquoi les statistiques n'ont de valeur que si elles ne concernent qu'un objectif limité et que si l'on en tire que les conclusions qui en découlent avec certitude.

C'est cette notion de fréquence qui fait évoquer l'appendicite en présence d'une douleur de la fosse iliaque droite, ou discuter une tuberculose chez un malade qui tousse et crache. Mais ce n'est qu'après avoir demandé au raisonnement ce qu'il lui est possible de fournir, qu'il est sensé de faire intervenir cette notion. En présence d'un Diagnostic exceptionnel, le médecin ne doit pas perdre de vue l'extrême rareté de la maladie envisagée, et ne devra se résoudre à accepter cette éventualité que si les arguments qui militent en sa faveur sont suffisamment probants. Dans le cas contraire, et en l'absence d'argument fourni par le raisonnement, c'est la notion de fréquence qui devra guider le médecin dans son choix. Mais cette notion ne doit pas prendre une place exagérée dans l'esprit du praticien, sous peine de devenir une obsession. Tout malade qui fait une hémoptysie n'est pas *forcément* un tuberculeux ; toute douleur de la fosse iliaque droite n'est pas appendiculaire. Là comme partout, le praticien doit rester dans un juste milieu. Il n'a pas le droit de méconnaître la notion de fréquence et doit toujours envisager les affections courantes et les discuter par le raisonnement. En l'absence de certitude fournie par les éléments cliniques, il est logique de penser aux lésions simples avant d'envisager l'exceptionnel. Dans ces cas, « se laisser imprégner par la disproportion des chiffres juxtaposés, en tirer le sentiment de ce qui est raisonnable et de ce qui ne l'est pas est susceptible de renforcer la pondération et d'assainir la critique » (Jourdan).

La notion de gravité reste toujours présente à l'esprit du médecin. La crainte lourde de conséquences d'ignorer une affection grave, les conséquences pronostiques et thérapeutiques qui découlent du Diagnostic obligent à s'en-tourer du maximum d'éléments avant de fixer son choix. Très souvent, le Diagnostic reste hésitant entre des troubles banaux que guérira la médication symptomatique et l'affection organique à son début qui peut se masquer sous la même symptomatologie. Et l'on comprendra que parfois, dans les cas douteux, l'intervention exploratrice, parfaitement justifiée en raison des risques que comporterait l'abstention, puisse apparaître en dernière analyse, comme le seul moyen de trancher la question.

Ces multiples facteurs dont nous n'avons énuméré que les plus importants interviennent avec un poids d'ailleurs variable selon chacun dans la recherche de la maladie. Ils influent toujours sur le jugement, redressent parfois le raisonnement, mais peuvent aussi par l'importance justifiée qui leur est attribuée conduire à l'erreur. C'est encore leur intervention souvent insoupçonnée et découverte seulement par l'analyse qui permet de comprendre la complexité du raisonnement médical.

« La désignation du processus pathologique, terme ultime, conclusion heureuse ou malheureuse du raisonnement diagnostique, ne comporte en elle aucune cause d'erreur à proprement parler. Elle est seulement un énoncé qui, lorsque nous nous sommes trompés, représente l'expression même d'une erreur dont l'origine remonte à un temps préalable » (Jourdan).

Un diagnostic inexact comporte fatalement une erreur si minime soit-elle qui s'est glissée dans l'une des multiples étapes qu'a parcourues le clinicien. Il peut arriver qu'un diagnostic exact soit basé sur des arguments faux et que seuls un heureux hasard ou une circonstance fortuite ont pu permettre de redresser l'erreur. Dans ce cas le clinicien ne doit pas perdre de vue l'inexactitude qui avait été com-

mise, car une autre fois la circonstance fortuite dont il a profité ne se reproduirait peut-être pas.

Nous avons cherché au cours de ce chapitre à préciser les étapes du Diagnostic synthétique (Diagnostic probable, Diagnostic certain, Diagnostic complet), à rechercher dans le mécanisme psychologique la part qui revenait à l'intuition et au raisonnement (analogie; interprétation des symptômes, élimination). Nous avons remarqué que certaines notions (fréquence, catalogue pathologique, expérience, gravité) restaient toujours présentes à l'esprit du médecin et influaient sur son choix. Il nous reste maintenant à étudier les limites du Diagnostic et sa précision ; les erreurs du Diagnostic et leurs conséquences.

Ce sera l'objet des deux derniers chapitres.

CHAPITRE VII

LES POSSIBILITÉS ET LES LIMITES DU DIAGNOSTIC

Après l'exactitude, la précocité et la précision constituent deux qualités fondamentales d'un bon diagnostic. Faire un diagnostic exact, c'est d'abord, comme l'a écrit Martinet, faire un Diagnostic conforme à la réalité, que viendront vérifier l'exactitude, de l'évolution prévue, l'efficacité du traitement prescrit, les résultats de l'ultime nécropsie.

Cette exactitude du Diagnostic se heurte en pratique à de nombreuses difficultés : le nombre parfois considérable des organes situés dans la même région, l'intensité des troubles fonctionnels qui gravitent autour de la lésion organique, l'insuffisance de nos connaissances actuelles parfois comme la rareté possible du cas envisagé suffiraient, s'il en était besoin, à montrer combien la tâche du médecin peut être aride et délicate dans certaines éventualités. L'exactitude du Diagnostic sera fonction de tous les facteurs que nous avons eu l'occasion d'étudier jusqu'alors depuis le degré des connaissances théoriques jusqu'à la minutie de l'examen clinique.

Il nous reste maintenant à étudier ces deux qualités essentielles que constituent la précocité et la précision du Diagnostic.

Faire un Diagnostic précoce, c'est dépister la maladie causale dès le moment où l'ensemble des signes cliniques est suffisamment net pour en permettre l'identification. Quelle que soit l'affection envisagée, la précocité du Diagnostic apparaît comme la première condition d'une thérapeutique efficace. S'il est un cas où cette nécessité soit

particulièrement impérieuse, c'est bien celui de la chirurgie d'urgence où un retard de quelques heures dans l'intervention peut totalement modifier le pronostic. Aussi dans ces cas, l'expectative armée peut n'être pas sans danger, et dans le doute, après avoir pesé les dangers respectifs de l'abstention et de l'opération, bien des auteurs optent pour l'intervention exploratrice. De même en ce qui concerne la tuberculose et le cancer, la précocité du Diagnostic constitue en l'état actuel de nos connaissances le facteur prépondérant de la réussite thérapeutique. Mais on peut envisager ce facteur d'un point de vue plus élevé, se demander si cette phase clinique de la maladie n'est pas en réalité tardive et s'il ne serait pas possible de la déceler plus précocement. Delore, étudiant les phases de la maladie, en a décrit trois stades : le premier de prédisposition morbide ; le second de début réel ou période préclinique ; le troisième phase d'état ou période clinique.

La première phase correspond au terrain de prédisposition, à l'aptitude à certains déséquilibres. C'est à cette phase seulement que l'on pourrait parler de médecine *préventive*. Elle correspond à ce qu'en clinique on désigne sous le nom de tendance. On entend par là une prédisposition de l'organisme à une affection déterminée, telle que le sujet se trouve particulièrement réceptif vis-à-vis d'elle, et Jacquelin a insisté sur l'existence de deux tendances presque complètement opposées : la tendance tuberculeuse et la tendance diathésique. Il y a des malades qui, en raison de leur hérédité ou de leur manière de vivre, apparaissent comme des tuberculeux ou des diathésiques en puissance et cela bien qu'ils n'aient encore jamais présenté aucun signe de ces maladies. Jacquelin a également insisté sur l'antagonisme qui existe entre ces deux grands ordres d'aptitude morbide qui, sans être absolue, n'en est pas moins la règle. Et s'il est possible qu'un arthritique présente à la suite de contagés massifs des signes de Tuberculose, l'intensité du contagé et le caractère souvent fibreux des lésions ne montrent-ils pas le degré de résistance que

cet organisme avait pu acquérir ? Cette tendance ne s'affirme-t-elle pas dans certaines familles, dans certains milieux, dans certaines classes sociales ? Si bien que l'état d'équilibre semble situé à égale distance de ces deux écueils que constituent respectivement la tuberculose d'une part et les états dits diathésiques d'autre part, et l'on conçoit l'intérêt d'une telle conception qui, permettant de traiter la tendance avant l'apparition de la maladie, place l'organisme dans les meilleures conditions possibles de résistance en modifiant sa prédisposition normale envers le processus envisagé.

Le deuxième stade est la phase de début réel ou période préclinique. C'est une phase de latence où « la maladie est déjà constituée, mais cliniquement inapparente. C'est la phase préanatomique, dite encore biologique ; la maladie est constituée biologiquement avant de l'être cliniquement » (Delore). Elle correspond aux états que l'on a pu désigner sous la nomination de précancer ou de pré-tuberculose. La question qui se pose est de rattacher les faits à leur véritable cause et ne pas voir dans certains troubles des facteurs prédisposants alors qu'ils ne constituent en réalité qu'une conséquence de la maladie, et non une cause. Cette phase est celle de la thérapeutique abortive.

Ce qui rend le Diagnostic délicat à cette phase, c'est précisément l'absence de signes cliniques. Aussi très souvent à ce moment, le diagnostic est-il impossible et certains auteurs se sont-ils attachés à la recherche des symptômes de cette phase préclinique (Porrak : Introduction à l'étude du début des maladies).

Elle correspond pour les maladies infectieuses à la phase d'incubation, période cliniquement latente, mais pendant laquelle l'organisme est déjà infecté.

L'étude de la syphilis expérimentale chez le singe montre qu'il ne suffit pas de provoquer l'ablation chirurgicale de la région inoculée pour empêcher le développement de la syphilis, et le jour où on pourra faire la preuve de

cette infection avant l'apparition du chancre, on aura fait encore un pas de plus dans la guérison de cette maladie. On sait également que le tabès est précédé d'une longue phase préanatomique que l'on peut mettre en évidence par les examens biologiques (B.W benjoin, lymphocytose et albuminose dans le liquide céphalo-rachidien) et cette phase correspond exactement à cette période préclinique de l'affection. C'est pour mettre l'organisme à l'abri des redoutables complications que constituent l'ectasie aortique, la P.G. et le tabès qu'en présence de toute syphilis on institue un traitement précoce, intense, et prolongé. Malheureusement, pour beaucoup d'infections, nous ne possédons pas actuellement de signes biologiques précliniques permettant de faire le Diagnostic avant l'apparition des symptômes.

La troisième phase est celle où apparaissent les signes cliniques de la maladie qui en réalité est déjà ancienne et a eu le temps d'évoluer. La thérapeutique préventive ou réellement abortive n'est plus possible ; c'est le stade de la thérapeutique curative. Ce serait donc une erreur de confondre le début clinique et le début réel de la maladie.

Dans cette phase, clinique, il faut encore distinguer une période de début et une période d'état. L'intérêt de cette phase clinique de début réside dans la possibilité de pouvoir déceler les troubles d'une lésion viscérale à un moment où il est encore possible de l'améliorer par le traitement ; aussi doit-on s'efforcer d'en comprendre la signification diagnostique et pronostique concernant les organes ou les fonctions dont ils traduisent la souffrance. C'est par exemple, dit Jacquelin, « chez les *hépatiques* la diminution des forces, l'asthénie, l'état de la langue décapillée et rouge, la pharyngite sèche, le saignement des gencives, le pré-œdème que décele sur la peau la trace persistante des plis du vêtement, de la pression du stéthoscope, le subictère de la face associé aux telangiectasies des joues, la raréfaction des urines urobilinuriques, etc.

Chez les rénaux, c'est l'anxiété, la dépression psychi-

que, les crampes, une baisse de la T.A., une diminution de la polyurie, la pâleur du visage, l'anémie des muqueuses, un peu d'essoufflement, des douleurs épigastriques, un petit syndrome nauséux laissant pressentir l'importance de l'auto-intoxication, que l'analyse des urines et même le dosage de l'urée dans le sang ne permettraient pas toujours d'apprécier avec autant d'exactitude ».

On pourrait multiplier les exemples et montrer qu'il est plus délicat, mais aussi bien plus utile, de faire le diagnostic de la maladie à son début clinique que plus tard lorsque tous les symptômes sont évidents, mais où notre action thérapeutique se trouve singulièrement limitée. Nous voyons aussi que parfois, mais rarement, le médecin aura la possibilité de faire le Diagnostic avant la phase de début clinique, quelquefois même à la phase de prédisposition morbide ; et cela nous conduit déjà à remarquer que considérer le Diagnostic comme la détermination de la maladie, c'est l'envisager sous un jour étroit, car on ne saurait parler de maladie lorsqu'on met en évidence une tendance qui en constitue le stade prémonitoire et nous aurons à revenir plus loin sur la signification moins précise, mais plus large et plus vraie, qu'il est possible de lui donner.

La précision du Diagnostic est elle-même fonction de deux facteurs :

- Le soin avec lequel le malade a été examiné,
- Le degré de nos connaissances actuelles concernant l'affection causale.

Il ne suffit pas lorsqu'on examine un sujet de faire le diagnostic d'angine, de tuberculose, d'ulcère digestif ou d'appendicite. Il faut encore chaque fois que c'est possible en préciser les caractères cliniques, évolutifs, anatomiques, physiologiques et étiologiques. Le Diagnostic de tuberculose en lui-même est totalement insuffisant ; il ne comporte aucun des facteurs d'ordre pronostique ou thérapeutique qui en sont la conséquence logique. Mais si l'on précise caverne tuberculeuse du sommet gauche à tendance

évolutive, avec intégrité du poumon droit, on porte un diagnostic suffisamment précis pour que les indications pronostiques et thérapeutiques en découlent naturellement.

Il ne faudrait pas par contre tomber dans l'excès contraire et, se remémorant les classifications livresques, vouloir faire un diagnostic trop précis, lorsque l'on ne possède pas les arguments nécessaires pour le justifier. La classification schématique de l'occlusion intestinale par exemple est une classification théorique permettant une énumération facile des étiologies possibles ; mais en pratique il arrive souvent qu'on ne puisse franchir l'étape étiologique du Diagnostic, et le tableau clinique ne permet alors que de porter le diagnostic d'occlusion justiciable de l'intervention sanglante. La précision du Diagnostic se trouve donc limitée, dit Jourdan, par la possibilité même du diagnostic, le degré de précision qu'on peut y atteindre, apprécié en fonction de la richesse symptomatique que nous offre la maladie. Très souvent en effet, le raisonnement vrai ne peut dépasser une borne après laquelle le diagnostic s'apparente à la devinette et au jeu de hasard. Et ceci nous ramène à revoir d'un peu plus près la définition de la maladie que nous avons considéré jusqu'alors comme une entité morbide.

Il reste à voir s'il est possible de lui donner une signification plus précise et sur quelles bases on peut essayer de classer les maladies. On a cherché à le faire d'après l'étiologie, l'anatomie ou la physiologie. La difficulté de telles classifications provient de ce que l'étiologie ou l'anatomie de certaines maladies nous est encore inconnue et qu'un certain nombre d'affections ne pourraient entrer dans ces classifications.

On voit donc que la maladie ne saurait être considérée que comme une entité morbide clinique, constituée par un certain nombre de symptômes dont la constatation est nécessaire pour lui donner sa personnalité et suffisante pour la distinguer des autres maladies. La dénomination de la maladie comporte étymologiquement parlant une si-

gnification clinique, anatomique ou même étiologique, voire pathogénique, et cette dénomination peut ne plus correspondre à nos conceptions actuelles ; aussi est-il nécessaire pour chacune de préciser ce que l'on désigne actuellement sous cette appellation. Les noms qui prétendent expliquer la nature de la maladie sont les plus sujets à caution ; mais ils correspondent à des entités cliniques qu'il importe de conserver en précisant de prime abord les réserves que comporte leur dénomination.

Nous allons d'abord, à l'occasion d'un exemple, chercher quel degré de précision peut atteindre le diagnostic, puis envisager la classification des maladies en fonction du degré des connaissances actuelles, qui ne fait que reproduire les étapes de l'évolution historique des maladies. Prenons le cas d'un malade porteur d'une endocardite. L'auscultation du cœur permet de mettre en évidence l'existence d'un souffle et de conclure à l'existence de l'endocardie (diagnostic clinique). Les caractères de ce souffle (siège, irradiation, temps, etc.) montrent qu'il s'agit d'un souffle systolique de la pointe, traduisant l'insuffisance de la valvule mitrale (diagnostic anatomique). L'étude des antécédents permet de retrouver dans le passé du sujet l'existence de plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu, et de déceler la cause de cette endocardite (diagnostic étiologique). L'absence de troubles fonctionnels témoins de la décompensation, l'absence de troubles du rythme (extrasystoles, arythmie complète) comme de stase pulmonaire à la radio précisent le caractère actuellement non évolutif de la lésion.

La maladie se trouve entièrement caractérisée par le Diagnostic : Insuffisance mitrale d'origine rhumatismale actuellement bien compensée.

Mais ce diagnostic n'a été possible que parce que nos connaissances actuelles nous ont appris que la constatation d'un souffle systolique de la pointe était la traduction clinique de l'altération anatomique que constitue l'insuffisance de la valvule mitrale. Le diagnostic étiologique n'a

été possible que parce que nous savons que le rhumatisme touche le cœur et qu'il constitue la cause la plus fréquente de l'endocardite. Un diagnostic complet se trouve donc être la somme de plusieurs diagnostics partiels (clinique, anatomique, étiologique, évolutif) dont certains peuvent manquer. Dans certains cas, l'étiologie nous est inconnue, par exemple dans l'ulcère de l'estomac. Dans d'autres encore, les troubles anatomiques ou physiologiques nous échappent et le Diagnostic est alors purement clinique : c'est le cas de nombre d'affections dermatologiques et certaines appellations ne constituent que des Diagnostics d'attente, des cadres provisoires qui masquent notre ignorance et dont il ne faut se contenter que lorsqu'il n'est pas possible de faire un Diagnostic plus poussé.

Nous venons de voir, mais en sens inverse, les étapes historiques parcourues par la science diagnostique, et il n'est pas sans intérêt de revoir à cette occasion les nosologies successives qui ont été adoptées. La recherche d'une classification des maladies s'est fait sentir de tout temps en médecine, et cette évolution s'est faite en trois étapes : clinique, anatomo-physiologique, étiologique,

La plus ancienne des classifications est la classification séméiologique, où l'on ne s'attachait qu'à décrire les symptômes et les syndromes cliniques. Cette classification présentait un avantage : elle reposait exclusivement sur la clinique, c'est-à-dire précisément sur les éléments recueillis au cours de l'examen. Elle reste encore la base adoptée pour les affections dont nous ignorons l'anatomie ou l'étiologie ; mais nous ne nous dissimulons pas le caractère assez factice de cette classification. Elle n'a pas que des avantages et, comme l'a dit Lancerceaux, elle a le grave inconvénient de réunir dans un même groupe des affections d'origine différente, et d'en séparer d'autres de même espèce. Le chapitre arthrite, par exemple, groupait des affections aussi disparates que le R.A.A., la blennorragie, la tuberculose, les arthrites purulentes, etc. Par contre, les élé-

ments constitutifs d'une même maladie se trouvaient rangés dans des catégories différentes.

Puis survint une deuxième étape, la phase anatomique et physiologique. Elle fut d'abord uniquement anatomique et remonte à Laënnec, et l'on aboutit ainsi à la nosologie organicienne de base anatomo-physiologique (Martinet), ce qui constituait un énorme progrès sur la classification précédente ; on peut cependant lui faire un certain nombre de reproches : 1° elle ne tient pas compte du facteur étiologique ; 2° elle ne permettait pas une classification complète, certaines lésions ne s'accompagnant pas du substratum anatomique ; 3° elle englobait dans une même désignation des affections extrêmement différentes, tant par leur étiologie que par leur pronostic et leur traitement : cas des néphrites divisées en épithéliales, interstitielles et mixtes. Aussi les progrès de la physiologie vinrent-ils compléter et modifier cette classification en faisant intervenir le facteur physiologique et cela présentait d'autant plus d'intérêt que certaines maladies anatomiquement mal connues ont un mécanisme physio-pathologique aujourd'hui bien déterminé.

Enfin, dans une troisième étape, la classification est devenue étiologique. Pendant longtemps une telle classification eut été impossible, et pratiquement elle n'a pu être envisagée que depuis l'ère pasteurienne.

Elle présente un nombre considérable d'avantages : elle est scientifique, et « la cause déterminante de la maladie est en quelque sorte la clef qui déclenche tout le mécanisme des lésions anatomiques, des altérations humorales, des troubles des fonctions, et, par voie de conséquence, des symptômes cliniques observés chez le malade » (Professeur Achard). Elle est logique et elle permet de concevoir une thérapeutique non symptomatique, efficace, car agissant non plus sur l'effet mais sur la cause.

Mais cette classification, pour être la meilleure, n'est pas à l'abri de certaines critiques. Nombre d'affections dont l'étiologie nous échappe ne trouvent pas place dans cette

classification. Certaines maladies admettent des origines multiples et par là même sont difficiles à classer. Enfin elle est plus scientifique que clinique et groupant les maladies d'après les causes peut être amenée à décrire simultanément des entités cliniquement très différentes ; pour l'alcoolisme par exemple (cirrhose, polynévrite, etc.). Bref il n'existe pas parmi les classifications proposées une seule qui soit parfaite. C'est incontestablement la notion étiologique qui doit l'emporter dans les classifications actuelles, mais comme la cause est loin d'être toujours connue il faut conserver pour les autres maladies les classifications physiologique, anatomique et même clinique qui constituent autant d'entités morbides provisoires (P^r Achard) reposant sur des modifications physiologiques des altérations anatomiques ou même sur un ensemble de symptômes « usurpant encore pour un temps le rang de maladies » (P^r Achard). Il s'agit alors non pas de maladies mais de syndromes destinés un jour à se démembrer en maladies autonomes. C'est ainsi que les classifications actuelles font « en quelque sorte une cote mal taillée entre des maladies définies par leur étiologie et des maladies définies par leurs lésions ou par leurs symptômes (P^r Achard). Le point de vue de la pathologie et de la clinique n'est pas le même. La pathologie est si l'on veut une science et la clinique un art, mais si « elle est distincte de la science théorique dans son plan, sa méthode, son objet, elle ne saurait oublier qu'elle est fille de la science théorique et ne peut grandir que sous son aile » (P^r Achard).

Le professeur Vires (Montpellier) a montré que les étapes des connaissances médicales correspondent assez exactement aux quatre périodes de la Science qu'avait décrit Ampère. Une période autophytique se contentant de décrire l'aspect extérieur des choses, une période cryptoristique cherchant les causes des phénomènes observés, une période troponomique mettant en évidence les altérations constatées, enfin une période cryptologique caractérisée par la recherche des liens qui unissent les phénomènes succes-

sifs et des lois qui les conditionnent. C'est cette dernière phase qui correspond au degré le plus élevé de la science et du point de vue propre de la médecine à la pathogénie. On conçoit les difficultés que comporte sa connaissance et la pauvreté encore fréquente de nos connaissances en cette matière.

De cet aperçu rapide sur la classification des maladies, nous pouvons déduire que dans les cas diagnosticables, le malade peut être rangé selon les cas parmi des maladies définies étiologiquement, anatomiquement ou cliniquement. Le Diagnostic sera étiologique dans la pneumonie ou la méningite cérébro-spinale, anatomique dans l'ulcère gastrique, physiologique dans la maladie de Basedow, le diabète, clinique dans l'eczéma, le psoriasis ou la sciatique. Il arrive souvent également qu'il y a discordance entre les troubles accusés par les malades et les résultats de l'examen clinique qui s'avère complètement négatif ; il s'agit alors de troubles fonctionnels, c'est-à-dire de « phénomènes pathologiques intéressant une fonction quelconque de l'économie et qu'aucune lésion de l'organe, siège de cette fonction, ne légitime » (P^r Abrami).

C'est précisément cette absence de signes organiques qui constitue dans ces cas l'élément fondamental du diagnostic. Il s'agit de malades que l'on ne voit guère dans les salles d'hôpital, car ils ne sont pas porteurs de lésions organiques, mais ils ne sont pas rares dans les services de consultation où plus de la moitié des troubles observés sont purement fonctionnels, c'est-à-dire sans aucun fondement lésionnel. Ce sont des sujets parfois considérés comme atteints de lésions organiques, chez lesquels tous les examens reviennent négatifs. D'autres fois, on ne voit en eux que des psychopathes, et cette erreur de diagnostic n'est pas moins préjudiciable au malade. En réalité, les troubles dont ils souffrent sont surtout des troubles nerveux où le déséquilibre vago-sympathique joue un rôle prépondérant. Parfois, mais rarement, il s'agit d'une tendance sympathicotonique ou vagotonique, beaucoup plus souvent d'un

syndrome amphotonique ou neurotonique. La sympathicotomie serait caractérisée par l'exophtalmie et la mydriase, la tachycardie, l'accélération du rythme respiratoire, l'élévation de la T.A., la sécheresse de la peau et des muqueuses, l'hyperthermie, l'hyperglycémie, la polyurie, etc. La vagotonie pourrait être mise en évidence par une enophtalmie relative, le myosis, le dermatographisme, la pâleur de la peau, l'hypothermie, la sudation, des bouffées de chaleur, une salivation abondante, la bradycardie, l'hypotension, etc. Mais ces descriptions semblent bien schématiques. Ce que l'on observe dans la règle, c'est le syndrome amphotonique, réunissant « des éléments souvent opposés dont la juxtaposition semble un paradoxe ou dont l'alternance à de courts intervalles surprend » Jacquelin. Et ces faits tendraient à prouver l'indépendance relative des centres neuro-végétatifs régionaux. Pour explorer le système nerveux végétatif, nous disposons de nombreux moyens nous permettant d'étudier 1) les réflexes sympathiques et parasympathiques, 2) le tonus végétatif. Tous sont entachés d'erreur. Tous comportent un caractère individuel qui rend leur interprétation délicate. Le meilleur d'entre eux est assurément le réflexe pilomoteur (André Thomas). Il en est de même des épreuves pharmacodynamiques (injection d'adrénaline, d'atropine, de pilocarpine) qui « superflues pour l'affirmation des syndromes purs, les plus rares, donnent des réponses imprécises, variables, discutables, sans signification pratique dans les cas les plus nombreux de neurotonie intriquée. » Jacquelin.

En résumé, le Diagnostic de trouble fonctionnel reste basé sur deux arguments :

— la discordance entre troubles fonctionnels et troubles organiques.

— l'existence d'un déséquilibre vago-sympathique, d'une instabilité sans qu'il soit toujours possible de préciser plus exactement le sens de ce déséquilibre.

Si nous nous sommes apesantis sur ces troubles fonctionnels, c'est que nous avons pensé que leur fréquence,

leur extrême polymorphisme, la difficulté du Diagnostic en raison de l'absence de signes organiques méritaient d'être rappelés ici.

Il nous reste à dire quelques mots sur l'indignosticable clinique qui peut dépendre de trois causes :

— insuffisance de l'examen :

— époque à laquelle l'examen est pratiqué : cas d'un Diagnostic trop précoce ou trop tardif où la cause du processus peut être inidentifiable.

— pauvreté des symptômes décelables et impossibilité de franchir les étapes suivantes (anatomique; étiologique).

C'est dans ces cas que le Diagnostic se trouve arrêté au stade de syndrome (ictère grave, asystolie, urémie) de symptômes que l'examen le plus minutieux ne peut permettre de rattacher à une entité définie (hématémèse essentielle, convulsions sans étiologie décelable) ou encore de dénomination volontairement imprécise masquant l'incertitude où nous nous trouvons d'en préciser l'origine (septicémie par exemple).

Nous ne reviendrons pas sur la première de ces causes que nous avons eu déjà l'occasion d'étudier. L'examen du malade à un stade trop précoce peut rendre le diagnostic hésitant, il n'est alors possible de porter qu'un Diagnostic d'attente, tant que l'évolution ou le traitement d'épreuve ne permettent pas un Diagnostic plus précis. De même à un stade trop tardif, le retentissement mutuel des fonctions peut ne plus permettre la détermination de l'organe primitivement atteint (insuffisance cardio-rénale, péritonite avec occlusion).

La pauvreté des symptômes décelables constitue une cause fréquente d'impossibilité du Diagnostic. Il est même parfois possible de poser l'indication thérapeutique sans que l'étape diagnostic ait été franchie; c'est ce qui se produit en cas d'opération exploratrice où le diagnostic n'est fait qu'au cours de l'intervention. Parfois le diagnostic est hésitant, mais quelle que soit l'hypothèse envisagée, la nécessité d'intervenir s'impose. Parfois aussi le diagnostic est

indécis entre affection bénigne et maligne. C'est ce qui peut arriver dans les drames douloureux de l'abdomen, ou dans l'appréciation des caractères cliniques d'une tumeur. Les conséquences possibles de l'abstention comparées au risque de l'intervention justifient la décision opératoire. Là encore nous apercevons ce qu'un diagnostic de ventre aigu chirurgical ou de tumeur à extirper peut avoir d'imprécis si nous nous en tenons à la définition de détermination de la maladie que nous en avons donné. Il n'en correspond pas moins à un jugement justiciable de sanctions thérapeutiques. Même lorsque cette détermination a été faite, la tâche du médecin n'est pas terminée; il lui reste, après avoir identifié le type général du cas envisagé, à en rechercher les particularités. « Le médecin cherche à se représenter la personnalité morbide du malade plutôt qu'à faire à son occasion un impersonnel Diagnostic de maladie, simple évocation d'une étiquette standardisée. Le Diagnostic est une véritable création sur mesure adaptée à chaque malade, expression la plus exacte possible de sa personnalité » Renoux. Cette conception du Diagnostic nous amène à réviser la définition que nous en avons donnée, à savoir : la détermination de la maladie. C'est quelquefois moins (cas du diagnostic d'intervention), c'est souvent beaucoup plus (diagnostic de la personnalité du malade). Faire un diagnostic, c'est donc avant tout chercher à comprendre, chercher à connaître le malade.

La détermination de la maladie constitue un moyen d'arriver à cette connaissance et non un but; et faire un diagnostic, c'est dans son sens le plus général porter un jugement sur un malade.

CHAPITRE VIII

LES ERREURS DE DIAGNOSTIC

Il nous reste dans un dernier chapitre à étudier les erreurs de Diagnostic, leurs causes, leurs conséquences et les moyens de les éviter. Nous avons déjà eu l'occasion d'insister sur la complexité et l'extrême variabilité des problèmes soulevés dans des cas particuliers.

Nous avons vu que son élaboration faisait appel selon les cas à l'intuition, au raisonnement par analogie, par interprétation des symptômes ou par élimination. Mais il s'en faut que le résultat des investigations et du raisonnement aboutisse toujours à des conclusions exactes, et l'erreur de Diagnostic est loin d'être exceptionnelle.

« Mais rien n'est plus instructif qu'une erreur reconnue, analysée, car sa valeur éducatrice est souvent très supérieure à celle d'un diagnostic correct » (Martinet) et l'intérêt de l'erreur réside dans la possibilité d'en tirer parti pour l'avenir. Elle frappe surtout l'esprit du médecin par les conséquences qui en découlent. Telle erreur qui aura été désastreuse restera plus facilement gravée dans sa mémoire que telle autre qui aura été bénigne, voire même heureuse, mais il n'en reste pas moins que dans ces différentes éventualités, la faute était la même et que seul le hasard en a modifié les conséquences.

Nous avons cherché au cours de cette étude à déterminer les principaux facteurs qui intervenaient dans la recherche de la connaissance du malade. Il est évident que l'erreur est possible à partir de tous ces facteurs et cela va dans une courte synthèse à revoir à propos de chacun d'eux les erreurs possibles qui s'y rattachent.

Les erreurs peuvent être divisées en trois grandes catégories :

- erreurs de base,
- erreur d'analyse,
- erreur d'interprétation et de jugement.

Les erreurs de base peuvent elles-mêmes être de trois ordres : théoriques, psychologiques et cliniques, et nous allons étudier successivement chacune de ces trois variétés.

Les erreurs d'ordre théorique sont presque toujours dues à l'ignorance, beaucoup plus rarement à l'excès de notre savoir. L'ignorance peut elle-même provenir soit de l'insuffisance de nos connaissances, soit de leur oubli. L'insuffisance présente bien des degrés, depuis l'ignorance grossière jusqu'à l'indignosticable actuel. Confondre une grossesse avec une rétention d'urine, un varicocèle avec une hernie, une tuberculose avérée avec une bronchite; ignorer la localisation cardiaque du R.A.A. ou la nature syphilitique d'accidents cutané-muqueux typiques, affirmer une maladie alors qu'il n'existe aucun des symptômes fondamentaux qui permettent de la caractériser, c'est faire preuve d'ignorance totale concernant la conception et la symptomatologie de ces maladies.

A un degré moindre, le praticien qui méconnaît l'existence d'une affection relativement rare ou récemment individualisée (spirochétose ictéro-hémorragique, endocardite d'Osler, maladie de Hodgkin) commet une erreur de même nature. On peut noter que ce genre d'erreur peut être le fait de tout praticien, car nul ne saurait avoir la prétention de tout connaître. Le seul problème qui se pose et qui est variable selon l'orientation que chacun a choisie est de déterminer la limite au-dessous de laquelle il y a insuffisance grave. Il est inutile de multiplier les exemples qui ne montreraient rien, sinon la nécessité d'un bagage théorique minimum.

Bien différent est l'indignosticable clinique, car il s'agit alors d'erreurs inévitables, indépendantes des con-

naissances du médecin et qui sont fonction de l'état actuel des sciences médicales.

L'ignorance peut également provenir de l'oubli des connaissances théoriques, et il arrive de ne pouvoir poser un diagnostic faute d'avoir envisagé l'hypothèse qui était la bonne. Il s'agit alors d'erreur par « trou dans la mémoire », absence momentanée ou durable concernant une maladie inhabituelle ou dont l'hypothèse ne s'est pas présentée à l'esprit.

Il faut donc relire à l'occasion d'un oubli la description de la maladie causale.

Il arrive beaucoup plus rarement que l'erreur soit due à l'excès de nos connaissances par suite de l'insuffisance du sens critique ou de l'oubli de la notion de fréquence. D'où la nécessité au fur et à mesure de l'accroissement de notre savoir de classer chaque maladie à sa juste valeur et de ne pas perdre de vue, parmi les symptômes, ceux qui lui confèrent son individualité propre.

Ignorance, oubli, excès des connaissances constituent les trois causes, d'importance inégale, d'erreurs d'ordre théorique.

Nous voyons qu'il est possible d'y remédier, selon les cas, en augmentant nos connaissances, en classant chacune à sa juste valeur, en se tenant au courant des progrès de la médecine et en nous appliquant à les contrôler par l'expérience et les entretenir par la mémoire.

Les erreurs de psychologie peuvent admettre pour origine : l'absence de curiosité scientifique, l'insuffisance d'esprit d'observation, le manque de sens critique, l'esprit faux ou l'amour-propre.

Nous avons eu l'occasion de voir le rôle de la curiosité scientifique chez le médecin. Le clinicien doit être curieux s'il désire s'intéresser au cas de son malade. Parmi les multiples branches de l'activité médicale, certains chapitres intéressent moins le praticien que d'autres. C'est souvent là qu'il faut chercher l'origine de la difficulté que l'on peut avoir à diagnostiquer les affections qui se rap-

portent à ce chapitre. C'est l'absence de curiosité médicale qui est souvent à l'origine de l'insuffisance de l'examen.

L'esprit d'observation est le complément de la curiosité. Il s'agit d'une faculté que nous possédons tous à un degré variable et qui demande à être développée. Son absence expose le médecin à ne pas posséder au moment de la discussion des hypothèses tous les arguments qui lui seraient nécessaires pour fixer son choix.

Le sens critique apparaît comme la propriété de distinguer parmi toutes les éventualités celle qui est la bonne, de la justifier et de concevoir les arguments qui permettent d'éliminer les autres. Cette propriété du choix est précisément ce qui manque aux pusillanimes. Leur défaut consiste donc dans l'impossibilité de prendre parti lorsqu'ils possèdent suffisamment d'éléments pour pouvoir justifier leur choix. L'échelle de probabilité des diagnostics va, comme dit Martinet, de la certitude absolue, comme dans le cas où le diagnostic est basé sur un constat scientifique (spirochète dans une ulcération tréponémique, B.K. dans l'expectoration) à l'incertitude quasi-complète comme dans maintes pyrexies de nature encore indéterminée. Mais le taux de doute dont il convient de tarer le diagnostic est variable suivant les espaces cliniques considérés et l'erreur du pusillanime consiste à généraliser cette conception légitime et à ériger le doute en dogme. Elle a pour conséquence d'empêcher le médecin de faire un Diagnostic précis et de limiter son pouvoir thérapeutique qui dans la règle reste fonction de l'exactitude de son Diagnostic.

L'esprit faux est un défaut particulièrement redoutable, en médecine plus qu'ailleurs. C'est lui qui partant d'une observation exacte fait aboutir à des conclusions fausses. Le médecin ne peut alors arriver à un Diagnostic exact par suite de son inaptitude à juger sainement les faits. Cette déviation de jugement est responsable d'erreurs fréquentes et graves; elle donne une tournure d'esprit pratiquement impossible à redresser, car elle est innée. Elle est d'autant plus redoutable qu'elle est décourageante, faisant souvent

suite à une observation correcte du malade, et de toutes les causes possibles, c'est incontestablement celle en présence de laquelle on se trouve le plus désarmé.

Quant à l'amour-propre, il ne nous retiendra pas longtemps. Il peut arriver au médecin de s'apercevoir qu'il s'est trompé. Mais l'erreur deviendrait impardonnable si l'ayant reconnue en lui-même il persistait à nier l'évidence et à refuser les bénéfices thérapeutiques que comporte la modification du Diagnostic.

Les erreurs de psychologie sont les plus graves de toutes : elles sont fonction de l'individu. Il est beaucoup plus facile de remédier à l'insuffisance de ses connaissances que de modifier ses manières de voir.

Les erreurs dues à l'insuffisance de la formation clinique constituent la troisième variété des erreurs de base. Ce n'est que par la pratique hospitalière surveillée et dirigée que le médecin peut connaître son métier. Il est nécessaire d'apprendre à rechercher cliniquement les symptômes dont l'étude théorique ne peut donner qu'une idée plus qu'insuffisante.

C'est par la vue que l'on apprécie les caractères cliniques d'une fièvre éruptive ou d'une affection dermatologique. C'est par la palpation soigneuse que l'on apprend à sentir un rein pathologique, à reconnaître le bord crénelé d'une rate, à apprécier la consistance d'un foie, à sentir un frémissement cataire, à préciser les limites d'une tumeur ou le degré d'une contracture. C'est par une percussion attentive qu'on décèle la submatité d'une base, l'augmentation progressive de la matité cardiaque.

C'est par une auscultation répétée que l'on arrive à distinguer le bruit de galop des autres rythmes à trois temps, les râles crépitants des sous-crépitanls, que l'on apprécie les altérations d'un murmure vésiculaire.

Ce n'est que par la pratique que l'on apprend à reconnaître au toucher vaginal l'état d'un appareil génital, le degré de ramollissement d'un col ou de souplesse d'un cul-de-sac, l'induration d'une ulcération suspecte.

Toutes ces sensations visuelles, tactiles, auditives qui sont la base de la clinique demandent à être recherchées pendant longtemps sous une direction vigilante si l'on veut être à même d'en apprécier les nuances et d'en tirer tout le profit pratique. Ce n'est souvent que le jour où il est livré à lui-même que le médecin s'aperçoit de l'insuffisance de ses connaissances cliniques. C'est la nécessité pour lui de les connaître parfaitement qui l'oblige souvent à suivre des cours de perfectionnement qui ont pour but de combler ses lacunes et de montrer l'intérêt des symptômes plus récemment individualisés.

Ces trois variétés d'erreurs : théoriques, psychologiques et cliniques que nous avons groupées sous le même nom d'erreurs de base traduisent des lacunes plus ou moins profondes selon les cas dans la formation du médecin. Elles sont d'autant plus redoutables qu'elles risquent de l'induire en erreur quel que soit le Diagnostic envisagé. Aussi avons-nous insisté sur la nécessité d'y remédier dans toute la mesure du possible et nous avons distingué à ce sujet les erreurs d'ordre théorique et clinique auxquelles il est possible de remédier, de l'inaptitude psychologique qui, beaucoup plus fonction de l'individu que de l'éducation, est par là-même beaucoup plus difficilement améliorable.

Les erreurs d'ordre analytique peuvent être de deux ordres : insuffisance de l'examen qui méconnaît certains symptômes faute de les avoir recherchés; inexactitude dans l'enregistrement des symptômes qui peut être en rapport soit avec la notion inexacte que se fait le médecin du signe en cause, soit avec les conditions défectueuses de l'examen. Nous allons donner quelques exemples de ces différentes variétés d'erreur. L'insuffisance de l'examen provient de la tendance qu'ont certains praticiens de n'examiner que l'organe sur lequel le malade a attiré l'attention. Une telle conception méconnaît le retentissement d'une fonction sur les autres, d'un organe sur les organes voisins, le polymorphisme clinique de certaines maladies. Il n'est pas de médecin qui, à un degré et à une fréquence variables, ne

soit tombé dans cette variété d'erreur. Si le cancer de l'utérus et le cancer du rectum ne sont pas plus souvent opérables, c'est que le Diagnostic n'est fait qu'à une phase tardive, faute d'avoir pratiqué le toucher systématique chaque fois que l'attention se trouve attirée de ce côté. Il arrive souvent que ni le malade ni le médecin ne tiennent à cet examen, et lorsque enfin on le pratique, les lésions ont déjà eu le temps d'évoluer. Nous nous rappelons d'une femme d'une cinquantaine d'années soignée pour une pleurésie rebelle jusqu'au jour où on s'aperçut qu'elle constituait une métastase d'un néo du sein resté latent. Une hémoptysie peut être diagnostiquée tuberculeuse, faute d'avoir ausculté le coeur, et trouvé l'existence d'un rétrécissement mitral. Il suffit de rechercher dans ses souvenirs les exemples qui se présentent à l'esprit pour conclure à la nécessité de l'examen complet. La constatation d'une erreur incitera pendant quelque temps à examiner le malade d'une manière plus approfondie, puis, plus tard, le médecin aura tendance à abrégé un examen qui peut souvent paraître fastidieux jusqu'au jour où il s'apercevra qu'il est retombé dans l'erreur pour la même raison. Aussi le seul remède consiste-t-il à lutter contre une tendance trop répandue au moindre effort et à étudier plus complètement le patient, quelle que soit la bénignité apparente des troubles qu'il accuse. Nous avons vu précédemment les discriminations et la hiérarchie qui existent entre les symptômes et nous avons cherché à déterminer ceux dont la recherche était nécessaire pour offrir un coefficient suffisant de sécurité à ce sujet.

Une autre source d'erreur est fournie par l'enregistrement de renseignements inexacts qui peut provenir de différentes sources : méconnaissance des circonstances dans lesquelles doivent être recherchés les symptômes, insuffisance du sens critique acceptant pour certains des faits non vérifiés, mauvaises conditions d'examen, inexactitude volontaire ou plus souvent involontaire des renseignements fournis par le patient. Méconnaître les conditions dans lesquelles

on doit rechercher les symptômes, c'est oublier par exemple que pour qu'un organe soit hypertrophié, il ne suffit pas que son bord inférieur soit abaissé, mais il faut encore que son bord supérieur ne soit pas descendu, car il s'agirait alors d'une ptose et non d'une hypertrophie. Ignorer que les phosphates peuvent donner dans l'urine chauffée un trouble disparaissant par l'adjonction d'acide acétique, c'est risquer de trouver de l'albuminurie là où elle n'existe pas. Les mauvaises conditions d'examen peuvent également induire le médecin en erreur. Un subictère ou une éruption discrète ne peuvent être mis en évidence qu'à la lumière du jour et non à la lumière artificielle. Une défense de la paroi ne doit être recherchée que sur un sujet en état de relâchement abdominal complet placé en décubitus horizontal, les jambes fléchies, respirant largement. Le client lui-même est souvent à l'origine d'inexactitudes parfois involontaires étant donnée la difficulté de se juger soi-même, parfois aussi volontaires (accidents de travail, demande de pension, refus d'avouer un retard de règles ou des antécédents vénériens). Il peut être extrêmement difficile de connaître les troubles d'un malade qui vient « parce qu'il veut passer à la radio » et qui en dehors de ce renseignement se confine dans un mutisme complet. On sait généralement qu'en matière de syphilis et de grossesse le seul moyen de ne pas se tromper en cas de réponse négative du client, est de ne pas tenir compte de l'interrogatoire et de ne se baser que sur les résultats de l'examen objectif.

En ce qui concerne les signes fonctionnels, l'erreur peut provenir de l'acceptation sans confirmation des dires du malade ou de la méconnaissance de symptômes sur lesquels il n'a pas attiré l'attention. C'est en lui demandant de décrire ses troubles et en recherchant ceux qu'il a pu omettre que l'on arrivera à une meilleure connaissance du patient. Un malade peut venir consulter pour une orchite et oublier de signaler qu'il a eu les oreillons quelques jours plus tôt.

En ce qui concerne le terrain, nous avons vu la néces-

sité de rechercher *a priori* la tuberculose, la syphilis, l'arthritisme, le comportement de l'état général. C'est par le groupement des renseignements fournis par l'interrogatoire, l'étude des antécédents, l'altération de l'état général que l'on arrivera à rattacher à leur véritable cause des troubles dont la constatation isolée serait insuffisante pour comprendre le comportement actuel du malade.

C'est souvent faute d'avoir pensé à rechercher ces grands processus dont la fréquence et le polymorphisme montrent l'intérêt qu'à l'élaboration du Diagnostic on n'arrivera pas à saisir le sens de symptômes atypiques.

Nous venons de voir par quelques exemples les causes d'erreur (oubli et inexactitude) dans la recherche des signes physiques.

En ce qui concerne les examens complémentaires, l'erreur d'ordre analytique peut admettre deux origines : méconnaissance des conditions dans lesquelles ils doivent être pratiqués (dans la fièvre typhoïde par exemple, hémoculture pratiquée après le 12^e jour au Séro-diagnostic recherché avant le 8^e jour; dans la syphilis B.W. pratiqué trop précocement ou avant réactivation, en radiologie affirmation d'un ulcus avant d'avoir éliminé un spasme possible par la belladone, etc.). Erreur dans la technique même de l'examen dont le responsable est alors non le clinicien mais le spécialiste.

Disons dès maintenant que l'erreur dans l'enregistrement des examens complémentaires est beaucoup moins fréquente que l'erreur par manque d'interprétation des résultats : cas de l'élimination d'une tuberculose ou d'une syphilis sur la constatation de B.K. ou d'un B.W. négatifs, alors que l'on sait que de tels résultats demandent à être renouvelés et ne permettent pas toujours en eux-mêmes de prendre parti.

Les erreurs que l'on observe dans cet enregistrement des symptômes pourront provenir de deux ordres de causes : l'une d'ordre général : insuffisance de l'esprit d'observation; l'autre d'ordre occasionnel : insuffisance de l'exa-

men parce que le médecin croyait posséder suffisamment d'éléments pour étayer son diagnostic. La deuxième cause est beaucoup moins grave, car l'erreur rappelle la nécessité d'un examen suffisamment poussé. La première par contre dénote une tendance naturelle au moindre effort ou un manque inné de facilité d'observation. Elle est donc en elle-même plus préjudiciable, mais non sans remède, car par une rééducation suffisante et une étude à propos de chaque cas des phénomènes inaperçus, il est possible d'arriver à un degré d'observation compatible avec un Diagnostic exact.

Les erreurs d'ordre interprétatif peuvent s'observer quel que soit le mécanisme auquel le médecin fasse appel pour arriver au but cherché.

Dans l'intuition et dans l'analogie, ce sera par absence de raisonnement permettant de justifier l'exactitude de l'hypothèse envisagée. Dans l'interprétation des symptômes, ce sera par insuffisance ou inexactitude du raisonnement. Dans l'élimination, par oubli dans le nombre des hypothèses envisagées : absence, insuffisance et inexactitude du raisonnement constituent alors trois causes d'erreurs que nous allons étudier successivement :

L'absence de raisonnement peut s'observer dans trois cas : intuition fausse, inexactitude de l'analogie envisagée, manque d'interprétation des éléments fournis par la radio et le laboratoire.

Nous avons montré à propos de l'intuition qu'elle constituait la possibilité d'envisager d'une manière en apparence immédiate et spontanée le Diagnostic à la suite d'un travail subconscient de l'esprit. Nous avons vu les faits qui justifiaient cette manière de voir. Mais nous avons insisté sur la nécessité de la confirmer secondairement par le raisonnement à cause de l'intuition fausse toujours possible et nous avons remarqué que si, dans des cas faciles, l'intuition était possible à tous, dans des cas délicats, elle constituait le privilège de quelques-uns seulement.

Le raisonnement par analogie se fait en trois étapes : recherche d'une ressemblance entre le cas actuel et un cas déjà vu ; justification des facteurs qui permettent cette analogie ; raisonnement ultérieur qui montre que cette analogie est bien l'hypothèse exacte. Là, comme dans l'intuition, c'est le fait de sauter cette étape obligatoire que constitue la justification de l'hypothèse envisagée qui est la cause de l'erreur.

La troisième variété est constituée par l'absence d'interprétation de résultats fournis par la radio et le laboratoire. Trop souvent le médecin tire des renseignements fournis par ces procédés de diagnostic des conclusions hâtives, voire erronées, qu'il considère comme d'autant plus inattaquables qu'elles reposent sur une base scientifique. Certains résultats ne permettent aucune conclusion par eux-mêmes : absence de B. K. B. W. négatif, radiographie prise avant l'apparition des caractéristiques d'une lésion ostéo-articulaire ou d'une tumeur décelable à l'écran. Dans tous les cas, les résultats doivent être confrontés avec ceux fournis par la clinique avant de prendre parti.

L'insuffisance du raisonnement peut s'observer dans l'interprétation des symptômes par suite du recours à des schémas qui ont l'inconvénient d'être incomplets ou dans l'élimination par suite d'oubli d'une des hypothèses possibles. Dans certains cas, le raisonnement est, pourrait-on dire, embryonnaire et consiste à conclure de la constatation d'un symptôme non pathognomique à une conclusion prématurée par suite d'une généralisation que le raisonnement ne suffit pas à justifier. Trop de Diagnostics sont basés sur des schémas restrictifs qui pour avoir l'avantage d'être commodes et d'attirer l'attention sur les affections les plus fréquentes ou les plus graves n'en ont pas moins l'inconvénient d'être incomplets et auxquels, comme à tous les schémas, on peut faire le reproche de n'être pas réels. Nous avons eu l'occasion de voir que toute hémoptysie contrôlée n'était pas tuberculeuse, que toute hématomèse était loin d'admet-

tre pour cause les seuls ulcères ou cancers et que les causes hépatiques ou spléniques n'étaient pas rares, que contraction n'était pas synonyme de péritonite. Le seul moyen d'éviter l'erreur dans ces cas consiste, après s'être aperçu de l'insuffisance de ces schémas, à ne pas méconnaître qu'il existe d'autres causes possibles et à chercher, en présence d'un symptôme à raisonner, à déterminer sa signification clinique, anatomique, physiologique, étiologique ou pathogénique qui permette de le mieux comprendre et d'en envisager toutes les conséquences possibles.

Le raisonnement par élimination, avons-nous dit, est une forme imparfaite de raisonnement qui n'est justifiée que lorsqu'il n'est pas possible, du fait de la pauvreté ou du caractère des symptômes, d'arriver au résultat cherché. Il implique, pour ne pouvoir être critiqué, d'envisager, sans exceptions, toutes les éventualités possibles et c'est justement cette nécessité qui en fait la faiblesse, car le médecin n'est jamais à l'abri d'un oubli.

L'inexactitude du raisonnement peut être la conséquence de deux ordres de facteurs : l'un d'ordre général : insuffisance du sens critique, esprit faux, inexactitude du jugement; l'autre d'ordre occasionnel : émotion, coïncidence, intervention injustifiée des notions de fréquence et du déjà vu, pluralité des causes possibles.

Nous ne reviendrons pas sur l'inexactitude du jugement elle-même fonction de l'esprit faux ou de l'insuffisance du sens critique. Nous avons vu en étudiant les erreurs de base ce qu'il fallait en penser.

Parmi les causes d'erreurs occasionnelles, l'émotion empêche de juger sainement les choses, elle ne nous met pas en possession de tous nos moyens au moment où nous en aurions besoin, et fausse le jugement.

La difficulté du médecin pour diagnostiquer ses propres maladies ou celles de son entourage en constitue un exemple connu. Dans le même ordre d'idées, l'affolement causé par un drame chirurgical soudain ou une maladie

d'allure suraiguë nécessitant des soins immédiats ne laisse pas toujours au médecin le temps d'un examen complet et surtout d'un jugement réfléchi. Il est parfois étonné secondairement de n'avoir pas envisagé d'emblée le diagnostic exact, mais l'urgence du diagnostic et de la décision thérapeutique ne lui ont pas laissé le temps suffisant de réflexion qui lui était indispensable.

Les coïncidences suffisent à expliquer un certain nombre d'erreurs. Nous rappelons le cas d'un blessé amené d'urgence à l'hôpital et qu'on avait trouvé dans le coma sur le bord de la route, sans doute renversé par une voiture. L'examen objectif ne montrait aucun signe de fracture du crâne, mais on trouva une luxation du genou droit que l'on mit sur le compte de l'accident. Le blessé fut transporté dans la salle d'opérations où cette luxation s'avéra absolument irréductible. Nous ne sûmes la vérité que le lendemain lorsque le malade réveillé... d'un coma éthylique nous apprit que la luxation datait d'une douzaine d'années et n'avait jamais été réduite. Une coïncidence fortuite chez un malade dans le coma nous avait fait conclure à une luxation récente alors qu'il s'agissait en réalité d'un traumatisme ancien. Le facteur épidémique est souvent lui aussi l'occasion d'erreurs et le médecin a parfois tendance à rechercher la contagion comme origine de troubles qui peuvent être sans rapports avec elle. Tout malade qui se plaint de conjonctivite au cours d'une épidémie de rougeole peut présenter une simple irritation et ce symptôme à lui seul est insuffisant pour faire le Diagnostic différentiel entre ces deux affections.

La fréquence est une notion qu'il est utile de faire intervenir lorsque les résultats de l'examen objectif ne permettent pas de prendre parti. Elle compense souvent par la notion de disproportion les quelques arguments qui pourraient faire penser à une maladie rarissime. Mais il ne faut pas par contre lui accorder une valeur disproportionnée avec son importance : toute douleur de la fosse iliaque n'est pas appendiculaire, toute pleurésie séro-fibrineuse

tuberculeuse, toute méningite subaiguë bacillaire. Aussi la part accordée à cette notion doit-elle rester raisonnable, et ce n'est qu'en la confrontant avec les résultats de l'examen qu'il est possible de prendre parti. Elle demeure responsable de deux sortes d'erreurs, « erreur par défaut d'utilisation qui englobe le cas déjà envisagé du Diagnostic d'exception insuffisamment étayé, erreur par excès d'utilisation qui, un peu comparable dans son mécanisme à l'erreur par assimilation, résulte de l'établissement prématuré et excessif de la désignation pathologique correspondant à la plus grande fréquence » Jourdan.

La sensation du déjà vu est la base du raisonnement par analogie, mais elle intervient également subconsciemment dans l'interprétation des symptômes en grossissant la valeur de ceux qui confirment cette réminiscence aux dépens des autres. Une erreur antérieure fera prendre dans l'esprit du médecin à la maladie en cause une place prépondérante souvent sans rapport avec son intérêt réel, et il ne sera souvent pas trop de toute la rigueur du raisonnement pour ramener cette sensation « déjà sentie » à sa juste valeur.

Nous voudrions dire enfin quelques mots au sujet de la pluralité possible des étiologies qui peut engendrer deux causes d'erreurs. La première consiste à trouver plusieurs maladies chez un même malade alors qu'elles ne constituent qu'autant de manifestations du même processus. La seconde, à l'opposé de la première, consiste à ne pas penser à cette coexistence et à se contenter d'une étiologie certaine pour ne pas envisager qu'il puisse y en avoir une autre de surajoutée. Nous avons personnellement vu un malade qui présentait une crise abdominale douloureuse du siège épigastrique avec vomissements abondants. L'absence de contracture jointe à une abolition des réflexes fit conclure à une crise gastrique du tabès; mais un second examen pratiqué quelques heures plus tard montra l'apparition d'une contracture témoin d'une perforation d'ulcère gastrique. Seul le deuxième examen avait permis d'aboutir à un dia-

gnostic exact chez ce malade qui était à la fois porteur d'un ulcère perforé et d'un tabès.

Quant à la désignation même du processus, c'est-à-dire le jugement porté sur le malade, il ne comporte en lui-même aucune cause d'erreur, car il n'est que la conclusion des étapes successives parcourues pour y aboutir. Si elles sont toutes exactes, le résultat l'est également. Par contre, la constatation d'une erreur dans ce jugement oblige à reparcourir chacune d'elles pour y retrouver la cause de l'inexactitude.

Il existe une catégorie bien spéciale d'erreurs, ce sont celles qui n'apprennent rien. Elles sont des découvertes du hasard : radiologie, intervention, autopsie. Elles n'apprennent rien, car le médecin, en possession du Diagnostic, ne retrouve pas dans les symptômes décelés ceux qui lui auraient permis l'identification, et parce qu'il sait que placé dans les mêmes conditions ultérieurement, il ne pourrait de nouveau dépister cette maladie.

Ces exemples ne montrent que deux faits : la possibilité dans certaines éventualités de lésions muettes ne s'extériorisant pas et rendant par là même le Diagnostic impossible ; l'insuffisance des moyens dont on dispose parfois pour arriver à la détermination de la vérité. Cela nous montre que la médecine est encore loin d'être arrivée à la perfection et qu'elle n'y arrivera peut-être jamais. Mais un retour en arrière nous montre tout le chemin parcouru et peut donner confiance dans l'avenir.

Le chapitre des erreurs est beaucoup trop vaste pour que nous ayons eu en quelques pages la prétention de les avoir toutes étudiées. Leurs causes sont elles-mêmes trop variables pour ne pas échapper parfois à la description et ce que nous avons cherché, c'est à montrer l'intérêt de quelques grands cadres qui en permettent au moins dans une certaine mesure la classification. Pour qu'une erreur soit profitable, il faut d'abord qu'elle soit reconnue, il faut ensuite qu'elle soit classée, que sa cause soit déterminée et

que l'on sache pourquoi elle a été commise et comment on pourra l'éviter ultérieurement.

Les erreurs de Diagnostic peuvent, du fait de leur gravité, être divisées en deux groupes : le premier est celui des erreurs occasionnelles, de celles qui ne se sont produites que dans des cas particuliers et dont il est utile de noter l'origine pour ne plus les refaire, les autres plus graves qui décèlent des lacunes dans la formation du médecin ; ce sont des erreurs de base qui risquent de se reproduire quelle que soit l'affection en cause et nous avons vu à ce point de vue qu'il fallait séparer les erreurs d'ordre théorique et clinique qu'il est possible de redresser, des erreurs d'ordre psychologique beaucoup plus difficilement réductibles.

Il serait possible après avoir étudié l'erreur de passer à l'étude de l'insuffisance du Diagnostic du double point de vue précocité et précision. Nous avons vu que le médecin cherchait à dépister la tendance avant l'affection, l'étiologie sous le symptôme, la personnalité du malade derrière la maladie. Mais ces recherches constituent un idéal que le médecin tend à atteindre sans avoir la certitude de pouvoir y arriver. Aussi son but est-il de s'en rapprocher le plus possible, en fonction des éléments qu'il possède pour y parvenir.

Pas plus qu'ailleurs, l'erreur n'est évitable en médecine, et nous avons noté que dans certains cas elle était impossible à éviter. Aussi le devoir du praticien consistait-il à restreindre son champ le plus possible. La pratique hospitalière montre que l'on n'en est pas encore là, que bien souvent le malade n'est vu qu'à une phase trop tardive ou que l'affection pour laquelle il a été soigné jusqu'alors était inexacte. C'est cette exactitude et cette précocité dont nous avons cherché à montrer l'intérêt et les possibilités comme les limites qui contribueront à multiplier les succès de la thérapeutique, à améliorer les statistiques opératoires et par là-même à placer le malade dans les meilleures conditions de guérison.

CONCLUSIONS

I) *Faire un Diagnostic*, c'est chercher à identifier la maladie à partir des symptômes, en la distinguant de celles qui pourraient plus ou moins la simuler. Dans un sens plus général, c'est tenter de connaître la possibilité morbide du malade et la détermination de la maladie apparaît moins comme un but que comme un moyen d'y parvenir.

II) *La valeur du Diagnostic* est fonction de la formation théorique, psychologique et clinique du médecin.

Les connaissances théoriques, quelles qu'en soient les origines (préparation des examens, des concours, travail personnel) demandent à être entretenues par la mémoire et contrôlées par l'expérience.

Parmi les qualités psychologiques indispensables au médecin, il faut signaler la curiosité scientifique, l'esprit d'observation, l'acuité du sens critique, la rigueur du raisonnement et l'exactitude du jugement.

Sans une formation clinique suffisamment poussée, le médecin ne peut posséder tous les éléments qui lui sont nécessaires pour exercer son art. Ce n'est que par la pratique hospitalière surveillée et dirigée qu'il est à même d'apprécier la valeur des symptômes, d'en saisir les nuances et d'en tirer toutes les conséquences qui en découlent. C'est en apprenant à observer, à rechercher les causes de ses insuffisances comme de ses erreurs qu'il arrive à posséder ces connaissances cliniques qui sont la base même du Diagnostic.

III) *Le Diagnostic comprend deux étapes* : une *analytique* (enregistrement des signes fonctionnels, analyse du terrain, recherche des signes physiques et des examens

complémentaires); une *synthétique* (détermination de la maladie causale).

L'analyse des signes fonctionnels consiste dans la recherche des troubles éprouvés par le malade. Ils sont subjectifs, donc sujets à caution, mais peuvent parfois fournir des éléments d'une importance considérable (douleur dans l'angine de poitrine, hémorragie révélatrice d'un néoplasme jusqu'alors latent ou masqué sous une symptomatologie banale). Le médecin doit s'efforcer d'employer des termes qui soient facilement compris du malade et qui ne prêtent pas à double entente; il doit s'appliquer à contrôler chaque fois que c'est possible les assertions du patient. La constatation d'un trouble traduisant l'altération d'une fonction oblige à rechercher les autres symptômes satellites sur lesquels l'attention du malade a pu ne pas être attirée. Quant à l'interprétation des signes fonctionnels, elle est délicate et n'est possible qu'après confrontation avec les résultats de l'examen clinique. Avant d'avoir le droit de parler de troubles névropathiques, il faut s'être assuré par un examen suffisamment complet que l'on n'a omis aucun des troubles organiques immédiats ou lointains qui pourraient en être l'origine.

IV) La physionomie de la maladie est non seulement fonction de l'intensité du processus, mais encore du degré de résistance de l'organisme. Le *terrain* dont la constitution est particulièrement complexe est en partie fonction de l'hérédité, du passé pathologique du malade et des conditions dans lesquelles il a vécu. Aussi est-il possible par un interrogatoire convenablement dirigé, par une étude des antécédents héréditaires, personnels et collatéraux, de dépister certains terrains (tuberculose, syphilis, arthritisme) qui en raison de leur fréquence, de leur polymorphisme et des altérations profondes et durables qu'ils provoquent dans l'organisme devraient être recherchées systématiquement chez tous les malades.

Mais certains facteurs du terrain nous sont encore actuellement inconnus ou sont impossibles à déceler par

le praticien (terrain cancéreux par exemple). Aussi, dans certains cas, le clinicien doit-il se borner, faute de pouvoir caractériser le terrain, à déterminer le retentissement du processus sur l'état général. Son altération doit mettre le médecin en garde contre un Diagnostic trop superficiel ou insuffisant et l'oblige à s'entourer de tous les examens nécessaires pour en déceler la cause.

V) Les *signes physiques*, à l'opposé des signes fonctionnels, sont objectifs et présentent en conséquence une valeur plus considérable pour le médecin, mais leur constatation ne présume pas de la date à laquelle ils ont apparus ni des rapports qu'ils présentent avec le processus actuel. Le retentissement mutuel des grandes fonctions les unes sur les autres, la multiplicité possible des localisations d'une même maladie, la cause souvent générale de troubles en apparence locaux justifieraient, s'il en était besoin, la nécessité d'un examen complet du malade. Aussi, quel que soit l'appareil sur lequel l'attention s'est trouvée attirée, faut-il, après avoir précisé le type morphologique du sujet, étudier le comportement de toutes les grandes fonctions : respiratoire, circulatoire, digestive (avec ses annexes), urinaire, génitale, nerveuse, locomotrice, endocrinienne, neuro-végétative et psychique. Il ne faut pas oublier qu'il existe entre les symptômes une sorte de hiérarchie et on doit s'efforcer d'assigner à chacun la valeur propre qui lui convient dans le cas envisagé. Le rôle du médecin est enfin de savoir poser les indications des examens complémentaires (laboratoire, radio, etc.) en fonction des résultats fournis par la clinique, et de connaître les secours qu'il est en droit d'en attendre. Il ne doit pas perdre de vue que ces examens eux-mêmes demanderont à être interprétés et qu'ils ne sauraient en aucun cas dispenser d'un examen complet.

VI) *L'étape synthétique du Diagnostic* a pour but de rechercher la maladie qui permette d'expliquer tous les troubles morbides décelés par l'examen et qui soit la seule

à pouvoir le faire. Le Diagnostic passé par trois étapes : diagnostic probable, diagnostic certain, diagnostic complet.

Le Diagnostic probable est parmi toutes les hypothèses envisagées celle qui semble *a priori* la plus susceptible d'expliquer les symptômes enregistrés.

Le Diagnostic de certitude ne peut être formulé qu'après vérification de la justesse de l'hypothèse vraisemblable en reprenant un à un tous les symptômes et en constatant l'exactitude de la confrontation.

Le Diagnostic de certitude étant posé, le médecin peut, dans une courte révision, s'assurer qu'il n'a omis aucun symptôme et rechercher les caractéristiques particulières au cas envisagé.

Le mécanisme par lequel l'hypothèse probable se présente à l'esprit est variable, et, selon les cas, le clinicien fait appel à l'intuition, ou au raisonnement (analogie, interprétation des symptômes ou élimination).

L'intuition apparaît comme la possibilité d'envisager d'une manière en apparence immédiate, spontanée, le Diagnostic à la suite d'un travail subconscient de l'esprit. Acceptable en elle-même, l'intuition demande toujours à être secondairement vérifiée par le raisonnement.

Le raisonnement par analogie se fait en trois étapes : recherche d'une ressemblance entre le cas actuel et un cas déjà vu; détermination des caractères communs qui justifient cette analogie; confirmation ultérieure par le raisonnement, montrant que l'analogie constatée correspondait bien à l'hypothèse exacte.

L'interprétation des symptômes constitue la forme la plus scientifique du raisonnement médical, mais n'est pas toujours réalisable, le clinicien ne possédant pas alors assez d'éléments pour résoudre le problème. Dans ce mode de raisonnement, le médecin cherche à grouper les symptômes en syndromes et à en rechercher la signification clinique, anatomique, physiologique ou étiologique. Trop souvent, l'emploi de schémas énumérant les causes possibles d'un syndrome au lieu de chercher à l'interpréter présente le

double inconvénient d'escamoter cette étape interprétative et d'être entaché d'erreur, car les schémas ne représentent qu'une image déformée de la réalité.

Le raisonnement par élimination est une forme imparfaite de raisonnement car elle est grevée de la possibilité de l'oubli d'une des hypothèses possibles et on ne doit y avoir recours que lorsqu'il n'existe aucun autre moyen d'arriver au résultat.

Certains facteurs interviennent plus ou moins consciemment dans le choix du médecin, parmi lesquels il faut signaler : la notion de fréquence, la notion de gravité, le rappel d'une erreur ancienne.

VII) *Il ne suffit pas qu'un Diagnostic soit exact, il faut encore qu'il soit précoce et précis.* Delore, étudiant les phases de la maladie, en a décrit trois stades. Le premier de prédisposition morbide, le deuxième de début réel ou période préclinique, le troisième de période d'état ou période clinique.

La précision du Diagnostic est fonction de la minutie de l'examen et de l'état actuel des connaissances médicales; aussi, selon le degré de précision, le Diagnostic sera-t-il clinique, anatomique ou physiologique, étiologique ou pathogénique. Parfois les éléments sont insuffisants pour faire le Diagnostic et le cas du malade rentre dans le domaine de l'indiagnosticable du fait de la pauvreté de la symptomatologie. Aussi des étiquettes de syndromes ou même de symptômes ne constituent que des cadres d'attente dissimulant mal notre ignorance et destinés à se démembrer un jour en maladies autonomes. Certaines formes de Diagnostic ont une physionomie tout à fait spéciale, tel le Diagnostic d'intervention qui, tout à fait justifié du point de vue pratique, permet de poser l'indication opératoire avant d'avoir résolu le problème diagnostique. Le médecin cherche donc à dépister la tendance avant l'affection, l'étiologie sous le symptôme, la personnalité du patient derrière la maladie.

VIII) Il existe schématiquement trois variétés d'erreurs de Diagnostic : erreur de base, erreur d'analyse, erreur de synthèse.

L'erreur de base comprend elle-même les erreurs d'ordre théorique, psychologique et clinique. Les erreurs d'ordre théorique proviennent dans la règle de l'insuffisance de nos connaissances ou de leur oubli, beaucoup plus rarement de l'excès de notre savoir par insuffisance du sens critique ou méconnaissance de la notion de fréquence. Les erreurs d'ordre psychologique peuvent admettre pour origine l'absence de curiosité scientifique, l'insuffisance de l'esprit d'observation, le manque de sens critique, l'esprit faux, voire l'amour-propre. L'insuffisance de la formation clinique expose le médecin à ne pas posséder tous les éléments nécessaires pour fixer son choix. Les erreurs de base sont graves, car elles dénotent des lacunes considérables dans la formation du médecin et sont à l'origine de toutes les autres variétés d'erreur. Mais du point de vue pratique il faut séparer les insuffisances théoriques et cliniques, plus ou moins facilement réeducables, des erreurs d'ordre psychologique qui, beaucoup plus fonction de la personnalité que de l'éducation, s'avèrent par là-même pratiquement impossibles à redresser.

Les erreurs analytiques peuvent être de deux ordres : insuffisance de l'examen qui méconnaît certains symptômes faute de les avoir recherchés; inexactitude dans leur enregistrement qui peut provenir de la notion erronée que le médecin se fait du symptôme recherché, des conditions défectueuses de l'examen ou des déclarations inexactes du malade acceptées sans vérification.

Les erreurs d'ordre interprétatif peuvent s'observer quel que soit le mécanisme auquel le médecin fasse appel pour arriver à la connaissance du patient.

Elles peuvent se ramener à trois variétés : absence, insuffisance ou inexactitude du raisonnement.

Absence de raisonnement lorsqu'il s'agit de justifier l'exactitude d'une intuition, d'une analogie ou d'interpréter

le résultat fourni par la radio ou le laboratoire. Insuffisance du raisonnement par suite du recours à des schémas dont l'inexactitude est l'origine de l'erreur ou d'un oubli dans le raisonnement par élimination. Inexactitude du raisonnement qui peut être d'ordre général (insuffisance du sens critique, esprit faux) ou d'ordre occasionnel (émotion, coïncidence, intervention inopportune des notions de fréquence ou du déjà vu, pluralité des étiologies possibles).

Quant à la désignation du processus, elle n'est pas en elle-même l'origine d'erreur. Elle n'est que la conclusion des étapes suivies dans l'élaboration du Diagnostic, et il faut rechercher l'origine de l'erreur à une des étapes antérieures.

L'erreur pour être profitable demande à être reconnue, analysée et classée afin qu'il soit possible d'en déterminer la cause. Si le médecin attache tant d'importance à la dépister, c'est qu'il tient à en tirer profit pour l'avenir. En médecine pas plus qu'ailleurs, l'erreur n'est inévitable, mais le but que poursuit le médecin est de restreindre son champ le plus possible. C'est en cherchant à ne pas tomber dans l'erreur, en portant un diagnostic précoce et précis que le clinicien arrivera à une connaissance aussi parfaite que possible du malade et qu'il le placera par là-même dans les meilleures conditions de guérison.

Vu : Le Doyen, *Vu : Le Président,*

BEZANÇON. CUNÉO.

Vu et permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- Abrahams.* — Erreurs de Diagnostic, p. 661, The lancet T. CCXXIII.
- Abrami* (Prof.). — Les troubles fonctionnels en pathologie. Leçon inaug. : 27-11-36. Presse médicale 23-12-36.
- Achard* (Prof.). — La Méthode clinique; leçon faite aux étudiants de 1^{re} année à l'ouverture du cours de Clinique à l'Hôpital Beaujon, Paris Médical 1927, 1^{er} semestre, p. 85.
- Le but de la Clinique, *ibid.*, p. 101.
- La classification des Maladies, *ibid.*, p. 245.
- Introduction à la Clinique. Baillere 1927.
- Allendy.* — Orientation des Idées médicales, Au Sans Pareil, Paris 1929.
- André-Thomas.* — Les procédés d'exploration du Système neuro-végétatif, Monde Médical, 1-15 juin 1937.
- Apert* (Prof.). — Les hérédités morbides.
- Louis Barras.* — De l'Intuition du Diagnostic en Médecine, Journal des Praticiens 20-10-34, n° 42; 20-7-35, n° 29.
- Bellin du Coteau.* — Examen physiopathologique d'un sujet. Les Nouvelles Médicales de Paris, mars et avril 1933.
- Bezançon* (Prof.). — Préface de « Directives en Pratique Médicale » d'André Jacquelin, Masson 1935.
- E.-F. du Bois* (Prof.). — Leçon d'ouverture du Cours de la Faculté de Médecine de l'Université Cornell de New-York, Gazette des Hôp., n° 26, 31-3-25.
- Broca* (Prof.). — L'éducation manuelle du Médecin. Leçon d'ouverture. Pr. Méd. 21-1-14, p. 53.

- Carrel.* — L'homme, cet inconnu. Plon 1936.
- Castellano.* — Le Diagnostic individuel méthodologique.
Rev. Sud-Amér. de Méd. et Chir., n° 7, juillet 1933.
- Chavigny* (Prof.). — Initiation aux études médicales, Bail-
lière 1931.
- Organisation du Travail Intellectuel (recettes pratiques
à l'usage des étudiants de toutes les Facultés et de tous
les travailleurs). Paris, Delagrave 1927.
- Préambule général aux études médicales. Leçon faite
aux étudiants nouvellement inscrits à la Faculté, Stras-
bourg Méd. 5-12-24.
- Claude Bernard.* — Introduction à l'étude de la Médecine
Expérimentale.
- Clavel et Goumet.* — Les antécédents pleuraux dans les
arthrites et synovites tuberculeuses, Lyon Médical,
22-10-33.
- Cordier.* — Précis de Propédeutique et de Technique Médi-
cale, Doin 1933.
- Vincent Cordonnier.* — Les Bases psychologiques du Dia-
gnostic Clinique, J. de Méd. de Lille, n° 20, mai 34 B.
- Coste.* — Séméiologie médicale, Maloine 1930.
- Cresson.* — Les réactions intellectuelles élémentaires.
- Creyx.* — Le Diagnostic; ses principes directeurs, J. de
Méd. de Bordeaux, 20-7-33, n° 20.
- Méthode et Clinique, Gaz. hebd. des Sc. Méd. de Bor-
deaux, 2-3-13, n° 9, n. 98.
- Cuvillier.* — Manuel de Philosophie, Armand Colin 1935.
- Delbet* (Prof.). — Méthode des Sciences Méd. « De la
Méthode dans les Sciences », 1^{re} série.
- Delore.* — Tendances de la Médecine contemporaine, Mas-
son 1936.
- Derolle.* — Les Problèmes de l'Induction.
- Dousset.* — Examen du Malade, Petits Précis Maloire 1931.
- Duroux.* — L'Hérédité du Cancer, Paris 1935.
- Examen du Malade*, Masson 1935.
- G. Félix.* — Du Scepticisme en Médecine, Thèse Toulouse
1921.

- Fiessinger Noël* (Prof.). — *Diagnostics biologiques*, 1937.
- Fiolé*. — *Essai sur la Chirurgie moderne*, Alcan 1919.
- Hahn* (L.-V.). — *Essai de Bibliographie Médicale*, Thèse Paris 1896-97.
- Hugel Delater Loeller*. — *Comment interpréter en clinique les réponses de labo.* Maloire 1922.
- Jacquelin*. — *Directives en pratique médicale. Terrains et tendances morbides*, Masson 1935.
- *Sur le Type morphologique de résistance à la Tuberculose pulmonaire*, Presse Méd., n° 77, 29-9-30.
- *Essai d'interprétation des types morphologiques chez les Tuberculeux pulmonaires*, *Revue de Morphol.*, mai 1931.
- Jourdan*. — *L'erreur et la faute en chirurgie*, Marcel Vigné 1934.
- P. Jourdanet*. — *L'intuition bergsonnienne en médecine*, *Journ. des Praticiens* 29-3-24.
- A. Jousset*. — *Le Diagnostic précoce de la Tuberculose pulmonaire*, *Con. Méd.* 29-7-23.
- Lalande*. — *Les théories de l'induction et de l'expérimentation*.
- Lasègue*. — *L'instruction préparatoire des Etudiants en Médecine. Etudes M.*, T. 1, p. 447 et 466, Asselin 1884.
- P^r Laubry*. — *Leçon inaugurale 19-11-36 : Hôpital 12-36 B.*
- P^r Lejars*. — *Exploration clinique et Diagnostic Chirurgical*, Masson.
- Lesage*. — *Enfance et Hérité*, Paris 1933.
- Roland Leven*. — *L'évolution clinique au secours du Diagnostic*, *La Clinique* 12-35.
- A. Lumière*. — *La Renaissance de la Médecine Humorale*, L. Sézanne, Lyon 1935.
- Lyon*. — *Précis de Clinique séméiologique*, Masson 1932.
- Lyonnet*. — *Ni trop ni trop peu*, Maloire 1925.
- J. Mackensie*. — *L'Avenir de la Médecine* (Trad. fr. par le D^r François), Alcan 1922.
- *Les Symptômes et leur Interprétation*, Paris 1920.
- Marc Auliffe*. — *La Personnalité et l'hérédité*, Paris 1932.

- Martinet.* — Diagnostic clinique, Masson 1934.
- Mercklen* (Prof.). — Réflexions sur l'enseignement médical, Paris Méd. 1926, 2^e sem., p. 65, 430, 478, 547, 571.
- René Mignot.* — A propos des erreurs de Diagnostic dues à l'interprétation radiologique, Méd. et Chir. pratiques 25-5-34, p. 363.
- Monodor.* — Diagnostics urgents, Masson 1930.
- Navarre.* — Le Laboratoire dans la Médecine journalière, Paris 1926.
- Ch. Nicolle.* — Destin des Maladies infectieuses, Alcan 1934.
- Paul Nyssens.* — Comment lire et étudier avec profit, Bruxelles, 129, rue Froissard.
- Palasne de Champeaux.* — Manuel de Sémiologie Médicale, Baillière 1924.
- Petit L.-H.* — Essai de bibliographie médicale. Conseils aux étudiants pour les recherches bibliographiques, Paris Masson 1887.
- Porrak.* — Introduction à l'étude du début des maladies, Paris 1935.
- Marcel Prévost.* — L'Art d'apprendre. Annales politiques et littéraires 21-12-13, 19-3-14.
- Pron.* — La science médicale et sa valeur, Paris 1925.
- Rabaud.* — L'Hérédité, Paris 1930.
- Rappin.* — Considérations sur l'étude des Maladies infectieuses, Imprimerie de Bretagne, Nantes 1933.
- Regnault.* — Ce qu'est un Diagnostic complet, Rev. mod. méd. et chir. 1931, p. 145.
- J.-P. Renoux.* — Essai sur le Mécanisme psychologique du Diagnostic Médical, thèse Paris 1936.
- Robert.* — Eléments de sémiologie médicale, Doin 1931.
- Rochard et Stern.* — Diagnostic Chirurgical, Paris 1937.
- P^r Sergent.* — Traité élémentaire d'exploration clinique. Masson 1937.

W.-W. Siebert. — Les Causes d'erreur dans les méthodes de laboratoire usuelles de Médecine Pratique, Med. Klin 1934, n° 27.

Thil H. — Technique bibliographique dans les sciences médicale, thèse Paris 1899-1900.

Tsanck. — Immunité, intolérance, biophylaxie, Masson 1932.

Vires. — Caractéristiques de la Clinique médicale Montpellieraine, Journal des Praticiens, n° 37-38 (sept. 1936).

TABLE DES MATIERES

PRÉFACE	9
CHAPITRE PREMIER. — Le Diagnostic ; sa définition	12
CHAPITRE II. — Les Bases du Diagnostic	19
CHAPITRE III. — Analyse des Signes fonctionnels	36
CHAPITRE IV. — Analyse du Terrain	55
CHAPITRE V. — L'examen du malade	80
CHAPITRE VI. — L'étape synthétique du Diagnostic	99
CHAPITRE VII. — Les Possibilités et les Limites du diagnostic	117
CHAPITRE VIII. — Les Erreurs de Diagnostic	131
CONCLUSIONS	147
BIBLIOGRAPHIE	155

